



3 1761 11554928 9



Digitized by the Internet Archive
in 2022 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761115549289>

CAI

HW

- A 554

Canada

(2)

Medical Care Annual Report

Soins médicaux Rapport annuel



His Excellency the Right Honourable Edward Schreyer,
Governor General and Commander-in-Chief of Canada.

MAY IT PLEASE YOUR EXCELLENCE:

The undersigned has the honour to present to your Excellency the Annual Report respecting operations of the Medical Care Act for the fiscal year ended March 31, 1979.

Respectfully submitted,

Monique Bégin,
Minister of National Health and Welfare.

Son Excellence le très honorable Edward Schreyer,
Gouverneur général et Commandant en chef du Canada.

QU'IL PLAISE À VOTRE EXCELLENCE,

J'ai l'honneur de présenter à Votre Excellence le Rapport annuel sur l'application de la Loi sur les soins médicaux pour l'année financière se terminant le 31 mars 1979.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Gouverneur général,
l'assurance de mon profond respect.

Le ministre de la Santé nationale et
du Bien-être social,
Monique Bégin



© Minister of Supply and Services Canada 1981

Cat. No. H 75-9/1979

ISBN 0-662-51400-9

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1981

N° de cat. H 75-9/1979

ISBN 0-662-51400-9

Annual Report of the Minister of National Health and Welfare respecting operations of the **Medical Care Act** for the fiscal year ended March 31, 1979.

This is the eleventh report to Parliament, made in accordance with Section 9 of the Medical Care Act and related to operations for the fiscal year ended March 31, 1979.

Program Description

The Medical Care Act (chapter M-8, R.S.C., 1970) received Royal Assent on December 21, 1966. In keeping with a recommendation from the Royal Commission on Health Services in 1964, the Act established a grant-in-aid program whereby the federal government is empowered to make financial contributions to those provinces which operate medical care insurance plans meeting certain minimum criteria. These criteria are embodied in the Act and require the provincial plans to have the following characteristics:

- 1. Comprehensive coverage** for all medically required services rendered by a physician or surgeon. There can be no dollar limit or exclusion except on the grounds that the services are not medically required. Certain surgical-dental services rendered by dental surgeons in hospitals have been included as benefits from July 1, 1968.
- 2. Reasonable access to insured services by insured persons.** The benefit coverage must be administered in such a way that there will be no impediment or preclusion through financial charges or otherwise to an insured person receiving necessary medical care.
- 3. Universal availability** of coverage to all eligible residents of a participating province on uniform terms and conditions and covering, in addition, at least ninety-five per cent of the total eligible population. This ensures access to coverage by all residents and prevents premium discrimination on account of previous health, age, non-membership in a group or other consideration. At the same time, subsidization in whole or in part for certain age groups or low-income groups is permitted if a plan is financed by means of a premium system, provided all qualifying residents are treated equally.
- 4. Portability of benefits** when the beneficiary is temporarily absent from his/her own province and when he/she is moving from one participating province to another. Eligibility as a beneficiary is not related to employment insurance groups and, consequently, coverage is not lost when an individual changes jobs or residence.

Rapport annuel du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social sur l'application de la Loi sur les soins médicaux pour l'année financière se terminant le 31 mars 1979.

Le présent rapport établi conformément à l'article 9 de la Loi sur les soins médicaux, est le onzième présenté au Parlement, et porte sur la gestion pour l'année financière se terminant le 31 mars 1979.

Description du programme

La Loi sur les soins médicaux (chapitre M-8, S.R.C., 1970) a reçu la sanction royale le 21 décembre 1966. Conformément aux propositions de la Commission royale sur les services de santé de 1964, la loi a établi un programme de subventions aux termes duquel le gouvernement fédéral a le pouvoir d'accorder, selon certains critères minimaux, une aide financière aux provinces appliquant un régime de soins médicaux. Ces critères sont incorporés dans la loi et obligent les régimes provinciaux à posséder les caractéristiques suivantes:

- 1. La garantie tous risques** couvrant tous les services nécessaires dispensés par un médecin ou par un chirurgien. Ce critère n'admet aucune limite monétaire ni exclusion, à moins que les services ne s'imposent pas du point de vue médical. Depuis le 1^{er} juillet 1968, certains services de chirurgie dentaire dispensés dans les hôpitaux par des chirurgiens-dentistes sont également prévus.
- 2. L'accès raisonnable des personnes assurées aux services assurés.** L'accès aux services assurés ne doit pas être entravé par des frais d'utilisation excessifs ou d'autres dispositions.
- 3. L'application universelle** de la garantie à tous les résidents assurables de la province participante, selon des conditions uniformes, et couvrant au moins 95 p. 100 de la population assurable. Cela permet de garantir l'accès à tous les résidents et d'éviter la discrimination en matière de primes, qu'elle soit fondée sur la santé, l'âge, la non-appartenance à un groupe ou tout autre motif. En outre, si le régime est financé par un système de primes, l'autorité provinciale peut subventionner, en totalité ou en partie, certains groupes d'âge ou d'économiquement faibles, à condition que tous les résidents ayant droit à la garantie soient traités équitablement.
- 4. La transférabilité des prestations** lorsque le bénéficiaire s'absente temporairement de sa province ou déménage dans une autre province participante. Le droit à la garantie n'est pas lié à une assurance collective par groupes d'employés, et par conséquent, le changement d'emploi ou de domicile n'entraîne aucune suspension de la garantie.

5. Administration on a non-profit basis by a public authority which is accountable to the provincial government for its financial transactions.

Federal financial contributions to participating provinces became payable from July 1, 1968, and, originally, were based on half of the national per capita cost of the insured services of the national program, multiplied by the number of insured persons in each province. As a result of a 1976 amendment to the Medical Care Act, the 1976-77 per capita contribution was limited to 113% of the 1975-76 per capita contribution. This ceiling marginally reduced the level of the federal contribution below 50 per cent of the national per capita cost of insured services for that year. New financial arrangements came into effect April 1, 1977, and are discussed later in this report under the heading "Description of Financial Arrangements".

The Medical Care Act excludes from the insurable population of a province members of the Canadian Forces, Royal Canadian Mounted Police and persons serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the Penitentiary Act. These exclusions amount to less than 0.5 per cent of the total population.

Insurable residents of a participating province who are eligible and entitled to receive insured services under any other Act of the Parliament of Canada or under any law of a province relating to workers' compensation are not entitled to benefits under the Medical Care Act. For example, war veterans entitled to medical care under other federal legislation are excluded from the benefit coverage of the Medical Care Act insofar as their compensable disability is concerned. The relevant federal statutes are as follows:

Aeronautics Act
Civilian War Pensions and Allowances Act
Government Employees Compensation Act
Merchant Seaman Compensation Act
National Defence Act
Pension Act
Royal Canadian Mounted Police Act
Royal Canadian Mounted Police Pension Continuation Act
Royal Canadian Mounted Police Superannuation Act
Veterans Rehabilitation Act

Coverage is automatic for eligible residents in most provinces, subject to any registration requirements being met. In Ontario, coverage is mandatory for persons employed where there are 15 or more persons on the payroll, while coverage is voluntary for

5. L'administration sans but lucratif assurée par un organisme public, responsable de ses opérations financières devant le gouvernement provincial.

Les contributions fédérales ont commencé d'être versées aux provinces participantes le 1^{er} juillet 1968 et à l'origine, étaient fondées sur la moitié du coût national par habitant des services assurés par le programme national, multipliée par le nombre de personnes assurées dans chaque province. Par suite d'une modification apportée en 1976 à la Loi sur les soins médicaux, la contribution par habitant pour 1976-1977 a été limitée à 113 p. 100 de celles versées pour 1975-1976. Ce plafond a légèrement réduit le niveau de la contribution fédérale à moins de 50 p. 100 du coût national par habitant des services assurés pour l'année en question. De nouveaux accords financiers sont entrés en vigueur le 1^{er} avril 1977 et ceux-ci sont examinés sous la rubrique "Description des dispositions financières".

La Loi sur les soins médicaux exclut de la population assurable d'une province les membres des Forces armées canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, selon la définition qu'en donne la Loi sur les pénitenciers. Le nombre des personnes exclues représente moins de 0,5 p. 100 de la population globale.

Les résidents assurables d'une province participante, qui ont droit aux services assurés en vertu de toute autre loi du Parlement canadien ou de toute loi provinciale portant sur l'indemnisation des accidentés du travail, ne peuvent pas recevoir des prestations en vertu de la Loi sur les soins médicaux. Par exemple, les anciens combattants ayant droit aux soins médicaux en vertu d'autres lois fédérales sont exclus de la garantie prévue par la Loi sur les soins médicaux en ce qui concerne une affection imputable au service de guerre pour laquelle ils sont déjà indemnisés. Les lois fédérales en question sont les suivantes:

Loi sur l'aéronautique
Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils
Loi sur l'indemnisation des employés de l'État
Loi sur l'indemnisation des marins marchands
Loi sur la défense nationale
Loi sur les pensions
Loi sur la Gendarmerie royale du Canada
Loi sur la continuation des pensions de la Gendarmerie royale du Canada
Loi sur la pension de retraite de la Gendarmerie royale du Canada
Loi sur la réadaptation des anciens combattants

Dans la plupart des provinces, sous réserve que toute condition d'enregistrement soit remplie, les résidents qui ont droit aux soins sont couverts d'office. En Ontario, lorsqu'il y a 15 personnes ou plus inscrites aux listes de paye, les employés du service en question

the remainder of the population. In Alberta, persons may "opt out" on a yearly basis, but such an election must be for both the provincial hospital insurance and medical care plans. British Columbia has a voluntary plan.

Virtually 100 per cent of the 23.4 million residents of Canada who were eligible for coverage under the Medical Care Program through the various provincial plans were insured in 1978-79.

This is the seventh fiscal year in which medical care insurance plans were in effect in all jurisdictions. The provincial plans have been operational for at least eight years and in most instances for nine or ten years.

The dates of entry of the provincial plans were as follows:

Newfoundland	1969-04-01
Prince Edward Island	1970-12-01
Nova Scotia	1969-04-01
New Brunswick	1971-01-01
Quebec	1970-11-01
Ontario	1969-10-01
Manitoba	1969-04-01
Saskatchewan	1968-07-01
Alberta	1969-07-01
British Columbia	1968-07-01
Yukon	1972-04-01
Northwest Territories	1971-04-01

Description of Financing Arrangements

Late in 1976, following several years of negotiations, the provinces and Canada agreed to new financial arrangements for medical care and hospital insurance, among other fiscal matters. This led to the enactment of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, (FPFA/EPF Act) assented to on March 31, 1977, which contains the formulae for calculating the yearly federal contributions to the provinces.

Commencing April 1, 1977, federal contributions to the provinces with respect to the established programs of hospital insurance, medical care and post-secondary education, are no longer directly related to provincial costs but take the form of a block fund that includes:

sont couverts obligatoirement; l'assurance est facultative pour le reste de la population. En Alberta, un particulier peut se retirer du régime à la fin de chaque année, mais une telle décision l'oblige à renoncer à la fois au régime provincial d'assurance-hospitalisation et au régime provincial de soins médicaux. La Colombie-Britannique offre un régime volontaire.

En 1978-1979, des 23 millions de résidents canadiens ayant droit aux services assurés du Programme de soins médicaux par l'entremise des différents régimes provinciaux, presque tous ont bénéficié de la garantie.

L'année 1979 marque la septième année financière où il existe un régime de soins médicaux dans toutes les provinces. Les régimes provinciaux sont appliqués depuis au moins huit ans et, dans la plupart des cas, depuis neuf ou dix ans.

Les régimes provinciaux se sont joints au programme fédéral aux dates suivantes:

Terre-Neuve	1 ^{er} avril 1969
Île-du-Prince-Édouard	1 ^{er} décembre 1970
Nouvelle-Écosse	1 ^{er} avril 1969
Nouveau-Brunswick	1 ^{er} janvier 1971
Québec	1 ^{er} novembre 1970
Ontario	1 ^{er} octobre 1969
Manitoba	1 ^{er} avril 1969
Saskatchewan	1 ^{er} juillet 1968
Alberta	1 ^{er} juillet 1969
Colombie-Britannique	1 ^{er} juillet 1968
Yukon	1 ^{er} avril 1972
Territoires du Nord-Ouest	1 ^{er} avril 1971

Description des accords de financement

À la fin de 1976, après plusieurs années de négociations, les provinces et le gouvernement du Canada ont convenu de conclure de nouvelles ententes financières pour l'assurance de soins médicaux et l'assurance-hospitalisation, entre autres questions. Ces ententes ont abouti à l'adoption de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, sanctionnée le 31 mars 1977, qui définit les formules utilisées dans le calcul des contributions fédérales annuelles versées aux provinces.

Depuis le 1^{er} avril 1977, les contributions fédérales versées aux provinces, relativement aux programmes établis d'assurance-hospitalisation, de soins médicaux et d'études postsecondaires ne sont plus fonction immédiate des frais provinciaux, mais prennent plutôt la forme d'un financement global qui comprend:

- a) The transfer to the provinces of tax room and associated equalization, and
- b) cash payments.

The total federal contributions for these programs are now, in general terms, based on the current escalated value of the 1975-76 federal contributions for the three programs.

The tax room vacated by the federal government permitted the provinces to increase their tax rates so as to collect additional revenue without necessarily increasing the total tax burden on Canadians.

The formula for the cash payments is complex and five factors are involved:

- a) 50 per cent of the national average per capita federal contributions to the provinces for the established programs in the base year 1975-76, plus the cash equivalent of one personal income tax point on a per capita basis (\$7.63);
- b) provincial population;
- c) an escalator consisting of a three-year moving average of the annual rate of growth of the Gross National Product on a per capita basis;
- d) transitional payments to provinces where the tax transfer and associated equalization are less than the value of the basic cash contribution;
- e) levelling adjustments to the basic cash contributions so that all provinces at the end of five years will be receiving equal per capita basic cash contributions.

The Minister of Finance allocates the federal cash contribution to each province among the three established programs on the basis of the proportion for the fiscal year 1975-76. The approximate allocations used for 1978-79, based on estimates, were:

50.5%	- Hospital Insurance Program
17.4%	- Medical Care Program
32.1%	- Post-Secondary Education Financing Program

- a) le transfert aux provinces d'un certain champ d'imposition et de la péréquation qui s'y rattache, et
- b) des versements en espèces.

À l'heure actuelle, la contribution fédérale globale à ces programmes est essentiellement fondée sur la valeur relevée courante de la contribution fédérale de 1975-1976 aux trois programmes.

Le champ d'imposition cédé par le gouvernement fédéral a permis aux provinces de hausser leurs taux d'impôt de façon à retirer des revenus supplémentaires sans nécessairement augmenter le fardeau fiscal dans son ensemble.

La formule des versements en espèces est complexe et comporte cinq facteurs:

- a) 50 p. 100 de la moyenne nationale de la contribution fédérale par habitant accordée aux provinces, pour les programmes établis au cours de l'année de base 1975-1976, plus l'équivalent en espèces, pour chaque habitant, d'un point fiscal sur le revenu personnel (\$7.63);
- b) la population provinciale;
- c) un facteur de progression, c'est-à-dire une moyenne mobile, calculée sur une période de trois ans, du taux annuel d'accroissement du Produit national brut, par habitant;
- d) des paiements de transition aux provinces lorsque les versements de transfert d'impôt et de péréquation sont inférieurs à la valeur de la contribution de base en espèces;
- e) des redressements pour niveler les contributions de base en espèces, de sorte qu'après cinq ans toutes les provinces recevront les mêmes contributions de base en espèces, par habitant.

Le ministre des Finances répartit la contribution fédérale en espèces accordée à chaque province entre les trois programmes établis, en fonction du prorata pour l'année financière 1975-1976. En fonction des prévisions, la répartition approximative appliquée pour 1978-1979 a été la suivante:

50,5%	- Programme d'assurance-hospitalisation
17,4%	- Programme d'assurance de soins médicaux
32,1%	- Programme de financement des études postsecondaires

The allocated cash contributions for the health programs are deemed to be the contributions payable under the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act and the Medical Care Act. The cash contributions are payable by the Minister of National Health and Welfare. They are conditional upon the corresponding provincial hospital and medical care insurance plans continuing to meet the program criteria of the federal health insurance legislation respecting comprehensiveness of insured services, universality, accessibility, portability, adequate standards of hospital care, and, in the case of the Medical Care Act, non-profit administration by an agency responsible to the provincial government for its financial transactions. At the same time, provinces now have greater flexibility in the use of their own funds and the federal contributions. The Minister of National Health and Welfare, under the new financing arrangements, continues to be responsible to Parliament for ensuring that the provincial plans continue to meet the program criteria.

The established programs financing arrangements have been legislated for an indefinite term but there is provision in the legislation which makes it possible for the federal government to terminate the arrangements by giving notice effective March 31 of the third year after the year in which notice is given. However, such notice cannot be given until at least two years have elapsed (i.e. the earliest date on which notice could have been given was subsequent to April 1, 1979).

Also, under the FPFA/EPF Act, as of April 1, 1977, the federal government is making additional equal per capita cash contributions to the provinces towards the cost of extended health care services not covered by the Medical Care and Hospital Insurance Programs. These services are: nursing home intermediate care, adult residential care, converted mental hospitals, home care (health aspects), and ambulatory health care services. The extended health care services contribution is estimated at \$22.16 per capita or \$520 million overall for 1978/79, and is subject to yearly escalation in the same manner as the basic cash contributions.

Les contributions en espèces affectées aux programmes de santé sont considérées comme étant payables en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et de la Loi sur les soins médicaux. Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social est chargé de verser les contributions en espèces. Elles sont conditionnelles, en ce sens que les régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux doivent continuer de satisfaire aux critères de la loi fédérale sur l'assurance-santé et concernant la garantie tous risques des services assurés, l'universalité, l'accès, la transférabilité et, dans le cas de la Loi sur les soins médicaux, l'administration sans but lucratif par un organisme qui répond de ses opérations financières devant le gouvernement provincial. Par ailleurs, les provinces jouissent maintenant d'une plus grande souplesse quant à l'utilisation de leurs propres fonds et des contributions fédérales. En vertu des nouveaux accords financiers, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social est toujours chargé par le Parlement de s'assurer que les régimes provinciaux continuent de satisfaire aux critères du programme.

Les accords financiers relatifs aux programmes établis sont prévus pour une période indéterminée, mais en vertu d'une disposition de la loi, le gouvernement fédéral peut mettre fin aux accords en donnant un préavis qui entrerait en vigueur au 31 mars de la troisième année suivant celle pendant laquelle l'avis a été donné. Cependant, ce préavis ne peut être donné ayant au moins deux ans (c'est-à-dire, au plus tôt le 1^{er} avril 1979).

De plus, en vertu de la Loi sur le financement des programmes établis, le gouvernement fédéral verse aux provinces, depuis le 1^{er} avril 1977, des contributions supplémentaires en espèces, soit une somme équivalente pour chacune de celles-ci, calculée selon une formule par habitant, afin de les aider à assumer les frais de certains services complémentaires de santé non prévus par les Programmes de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation. Il s'agit des services suivants: les soins courants en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les hôpitaux psychiatriques convertis, les soins à domicile (l'aspect santé) et les soins ambulatoires. La contribution relative aux services complémentaires de santé est évaluée à \$22.16 par habitant, ce qui représente un montant global de \$520 millions pour l'année 1978-1979, et elle augmentera annuellement de la même manière que les autres contributions en espèces de base.

Program Changes and Developments

During the year, and as the Anti-Inflation Board controls came to an end, the rendering of charges by medical practitioners that are in excess of provincial plan benefit levels (extra-billing) increased and received considerable attention. The Act requires that a provincial plan provide reasonable compensation for the insured services of medical practitioners. The Act does not prohibit extra-billing, which has existed in most provinces from the time of their participation in the Medical Care Program. On a nation-wide basis, over 90 per cent of medical practitioners are opted into their provincial plan, where such an election need be made, and generally accept plan payment as payment in full for their services. It should be noted that in March 1979 the Ontario Minister of Health read a statement in the provincial legislature about measures he was taking in conjunction with the Ontario Medical Association and Ontario Hospital Association to assist insured persons in obtaining insured services without being subject to extra-billing. The Alberta Health Care Insurance Plan conducted a survey which indicated that in January 1979 at least 37 per cent of Alberta physicians extra-billed patients.

Selected Changes in Provincial Plans

Surveillance of legislative and regulatory changes in the various provincial plans has been continued and no significant difficulties encountered in this regard.

Changes in provincial plans during the fiscal year included the following:

- Alberta raised its premium for basic health services, and insured hospital services, effective July 1, 1978, from \$7.05 to \$7.65 monthly for a single person and from \$14.10 to \$15.30 monthly for a family of two or more persons.
- Ontario raised its monthly premiums for its combined health insurance plan from \$16.00 to \$19.00 for single persons and from \$32.00 to \$38.00 for couples and families with children, with effect from the benefit period commencing August 1, 1978.
- Quebec discontinued its designated contribution by individuals to health programs (1.5 per cent of net income for the year to a maximum of \$235.00 for salaried employees and \$375.00 for self-employed persons) retroactive to January 1, 1978. The employer contribution towards health insurance of 1.5 per cent of gross salaries continues.

Changements aux programmes et nouveaux faits

Au courant de l'année, et à mesure que les restrictions du Programme de lutte contre l'inflation tiraient à leur fin, les frais facturés par les médecins en sus des tarifs fixés par les régimes provinciaux (dépassement de tarifs) ont augmenté et reçu beaucoup d'attention. La loi stipule que les régimes provinciaux doivent payer d'une manière raisonnable les services assurés que rendent les médecins; elle n'empêche cependant pas ces derniers de dépasser les tarifs fixés et cela se pratique dans la plupart des provinces depuis le moment où elles ont commencé à participer au Programme de soins médicaux. À l'échelle nationale, plus de 90% des médecins sont affiliés au régime de leur province, lorsqu'on leur demande de faire ce genre de choix, et acceptent généralement les honoraires que leur verse le régime en retour de leurs services. Il est à noter qu'en mars 1979, le ministre de la Santé de l'Ontario a exposé devant l'Assemblée législative de sa province les mesures qu'il prenait, conjointement avec l'Association médicale et l'Association des hôpitaux de l'Ontario, pour aider les personnes assurées à obtenir des services assurés sans devoir payer des frais supplémentaires. Selon une enquête menée par le Régime d'assurance de soins médicaux de l'Alberta en janvier 1979, au moins 37% des médecins de cette province perçoivent des frais supplémentaires de leurs patients.

Certains changements apportés aux régimes provinciaux

La surveillance des modifications apportées aux lois et aux règlements des différents régimes provinciaux s'est poursuivie et aucune difficulté majeure n'a été rencontrée dans ce domaine.

Les changements apportés aux régimes provinciaux au cours de l'année financière sont les suivants:

- L'Alberta, à compter du 1^{er} avril 1978, a haussé sa prime mensuelle pour les services de santé essentiels et l'assurance-hospitalisation de \$7.05 à \$7.65 pour les personnes seules et de \$14.10 à \$15.30 pour les familles.
- L'Ontario a haussé la prime mensuelle de son régime combiné d'assurance de soins médicaux, soit de \$16.00 à \$19.00 pour les personnes seules, et de \$32.00 à \$38.00 pour les couples et les familles comptant des enfants, avec effet à la période de garantie commençant le 1^{er} août 1978.
- Le Québec a supprimé la cotisation obligatoire que payaient les particuliers au titre des programmes de santé (1.5% du revenu net pendant l'année, jusqu'à un maximum de \$235.00 pour les employés salariés et de \$375.00 pour les employés autonomes), et ce, rétroactivement au 1^{er} janvier 1978. La cotisation de l'employeur à l'assurance-maladie, soit 1.5% du salaire brut, a été maintenue.

- With one exception, increases in the schedules of payments for medical practitioners were implemented in all provinces and territories. As with remuneration increases in other sectors of the economy, these revisions were subject to the purview and criteria of the Anti-Inflation program for much of the fiscal year.

The Appendix contains a tabular summary of the provincial medical care insurance plans and the hospital insurance plans, as of January 1, 1979. It should be noted, however, that this information is subject to change. Detailed descriptions of each provincial medical care insurance plan may be obtained from the Director, Health Insurance, Health Services and Promotion Branch, Department of National Health and Welfare, Ottawa, Ontario, K1A 1B4.

Medical Care Program - Administration

The purpose of the Medical Care Act is to ensure that all residents of Canada can have access to necessary care on a prepaid basis by authorizing the federal government to provide financial assistance to the provinces. To do this effectively, the program has been organized on the basis of three interrelated activities:

1. Administration of the Medical Care Act.
2. Provision of advisory services to the provinces on various aspects of the provincial medical care insurance plans.
3. Conducting studies, and providing technical and professional consultative services to the provinces and other appropriate bodies on the planning, delivery and utilization of medical services.

The Health Services and Promotion Branch is responsible for the administration of the Medical Care Act, the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, and the program for Extended Health Care Services. Other responsibilities of the Branch include the administration of the Health Resources Fund Act, the Professional Training Program, studies and advice on health care services and related matters, administration of the National Health Research and Development Program, the development of health standards and guidelines, and health promotion activities.

- Une majoration des honoraires des médecins praticiens a été appliquée dans toutes les provinces et les territoires sauf dans un cas. Tout comme les hausses de rémunération dans les autres secteurs de l'économie, ces révisions ont été effectuées conformément aux conditions et critères du Programme de lutte contre l'inflation pendant une grande partie de l'année financière.

L'annexe comprend un tableau récapitulatif des régimes provinciaux de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation, au 1^{er} janvier 1979. Il est à noter, toutefois, que ces renseignements ne sont pas invariables. Il est possible d'obtenir une description détaillée de tous les régimes provinciaux de soins médicaux en s'adressant au Directeur de l'Assurance-santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa (Ontario) K1A 1B4.

Programme de soins médicaux - Administration

La Loi sur les soins médicaux a pour objet de garantir à tous les habitants du Canada l'accès aux soins médicaux nécessaires, payés d'avance, et d'autoriser à cette fin le gouvernement fédéral à fournir aux provinces une aide financière. Pour garantir son efficacité, le programme a été élaboré de façon à couvrir trois domaines d'activités apparentées:

1. l'application de la Loi sur les soins médicaux;
2. la création de services consultatifs, destinés aux provinces, sur les divers aspects des régimes provinciaux de soins médicaux;
3. la conduite d'études et la création de services consultatifs d'ordre technique et professionnel, destinés aux provinces et aux organismes intéressés, dans le domaine de la planification, de la distribution et de l'utilisation des services médicaux.

La Direction générale des services et de la promotion de la santé est chargée de surveiller l'application de la Loi sur les soins médicaux, de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, du Programme des services sanitaires complémentaires, de la Loi sur la Caisse d'aide à la santé et du Programme de formation professionnelle; elle entreprend des études, fournit des services de consultation dans le domaine des soins et services de santé et d'autres sujets connexes, gère le programme national de recherche et développement en matière de santé, et voit à la création de normes et de lignes de conduite dans le domaine de la santé et à l'organisation des activités de promotion de la santé.

The Health Insurance Supplementary Fund, which is administered by the Health Services and Promotion Branch, provides for the payment of claims for the insured services of the Medical Care and the Hospital Insurance and Diagnostic Services Acts for residents of Canada who have been unable to obtain coverage or have lost coverage through no fault of their own. During 1978-79, payment amounted to \$2,535, leaving a balance of \$18,906 in the Fund.

Selected Activities

The federal-provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Services met twice during the year. The specific functions of this Committee, which consists of senior provincial and territorial health insurance plan officials, as well as representatives of the federal government, are to:

1. Consider specific issues delegated by the Conference of Deputy Ministers of Health, or accepted by a significant number of the provinces as matters where a general consensus of informed opinion would be helpful, and make recommendations where appropriate.
2. Promote federal/provincial co-ordination of medical and institutional needs of Canadians on a provincial, national and international level.
3. Exchange information, or arrange for the exchange of information, which is of interest to a significant number of members of the Advisory Committee.
4. Serve as a forum that will offer a means of contact between federal and provincial governments and national health organizations.

Items of particular interest discussed at these meetings included: continuing development of guidelines for special services in hospitals; standard outpatient rates for insured services provided in other provinces; design guidelines for health facilities; the standards program for health care technology being developed by the Canadian Standards Association; bone marrow transplant services; the Canadian Red Cross Society's budgets for the Blood Transfusion and Donor Recruitment Services; and inter-provincial comparative data on major surgical procedures.

La Caisse supplémentaire d'assurance-santé, gérée par la Direction générale des services et de la promotion de la santé, prévoit le paiement d'indemnités, pour les services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux et de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, aux habitants du Canada qui n'ont pu obtenir la garantie ou qui ont perdu leur droit à celle-ci sans que ce soit leur faute. Au cours de l'année 1978-1979, les versements se sont élevés à \$2,535, laissant un solde de \$18,906 dans la Caisse.

Activités d'intérêt

Le Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement s'est réuni deux fois cette année. Formé des dirigeants provinciaux et territoriaux des régimes d'assurance-santé ainsi que des représentants du gouvernement fédéral, ce comité avait le mandat suivant:

1. Examiner les questions particulières confiées au Comité consultatif par la Conférence des sous-ministres de la Santé, ou considérées par un nombre suffisant de provinces comme nécessitant une unanimité d'opinion bien informée, et faire les recommandations qui s'imposent.
2. Promouvoir la coordination au niveau fédéral et provincial des besoins en soins médicaux et en soins en établissement des Canadiens, à l'échelon provincial, national et international.
3. Échanger des renseignements, ou veiller à ce que l'on échange des renseignements qui intéressent un nombre suffisant de membres du Comité consultatif.
4. Servir de point de rencontre entre le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et les organismes nationaux de santé.

Parmi les questions soulevées pendant ces réunions, mentionnons la mise au point en permanence de lignes directrices sur les services spéciaux offerts dans les hôpitaux; les taux normaux des services assurés de consultation externe dispensés aux clients venant d'une autre province; la conception de lignes de conduite sur les installations sanitaires; le programme de normes sur les techniques de soins médicaux lancé par l'Association canadienne de normalisation; les services de greffes de la moelle osseuse; la portion du budget de la Société canadienne de la Croix-Rouge affectée aux services de transfusion sanguine et de recrutement des donneurs de sang et les données comparatives interprovinciales sur les principales techniques chirurgicales.

The provision of data on physicians' earnings and expenses of practice to provincial medical care insurance plans and provincial medical associations continued during the year. Similar studies of other categories of health professionals were also continued at the request of the provinces. In-depth comparative analyses of utilization and cost experience of the provincial medical care insurance plans were also undertaken by the Health Services and Promotion Branch. The latest available publication on this subject is Medical Care-Statistical Supplement to the Annual Report 1975-76 which may be obtained from the Publications Coordinator, Health Services and Promotion Branch, Department of National Health and Welfare, Ottawa, Ontario, K1A 1B4.

Information and views continued to be exchanged with provincial officials, representatives of professional associations, academics, and representatives of foreign governments interested in Canada's national health insurance programs. National and international interest in these programs also continued to be reflected in the many requests for information received by the Department.

Financial Experience

Payments by Canada to the provinces and territories for the fiscal years 1974-75 to 1978-79 are detailed in Table I.

During the fiscal year 1978-79, federal payments made with respect to the Medical Care Program under section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977 to the provinces and territories totalled \$717,544,000.

Au cours de l'année, on a continué de fournir des données sur les gains et les dépenses des médecins aux régimes provinciaux de soins médicaux et aux associations médicales provinciales. À la demande des provinces, des études analogues sur d'autres catégories de spécialistes de la santé ont également été poursuivies. La Direction générale des services et de la promotion de la santé a aussi entrepris des analyses comparatives approfondies de l'utilisation et du coût des régimes provinciaux de soins médicaux. L'ouvrage le plus récent sur cette question s'intitule Soins médicaux-Statistiques supplémentaires au rapport annuel de 1975-1976. On peut se le procurer auprès du coordonnateur des publications, Direction générale des services et de la promotion de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa (Ontario) K1A 1B4.

Des échanges de renseignements et de points de vue se sont maintenus avec les hauts fonctionnaires provinciaux, les universitaires et les représentants d'associations professionnelles et de gouvernements étrangers témoignant de l'intérêt aux programmes nationaux d'assurance-santé au Canada. L'intérêt qu'on porte à l'échelle nationale et internationale aux programmes canadiens continue de se manifester par le nombre élevé de demandes de renseignements adressées au Ministère.

Rapport financier

Les versements du Canada aux provinces et aux territoires pour les années financières de 1974-1975 à 1978-1979 sont indiqués au Tableau I.

Au cours de l'année financière 1978-1979, les versements fédéraux aux provinces et territoires, en vertu de l'article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis se sont chiffrés à environ \$717,544,000.

Table I
Medical Care Program
Payments by Canada to Provinces in Fiscal Years 1974-75 to 1978-79

Tableau 1
Programme de soins médicaux
Versements du Canada aux provinces pour les années financières 1974-1975 à 1978-1979

	1974-75	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79
Newfoundland/Terre-Neuve	\$ 18,343,926	19,034,375	24,148,205	15,241,334	19,052,000
Prince Edward Island/Ile-du-Prince-Édouard	3,949,492	4,104,016	5,177,671	2,964,271	3,917,000
Nova Scotia/Nouvelle-Écosse	27,208,443	28,276,977	35,583,044	23,714,381	28,665,000
New Brunswick/Nouveau-Brunswick	22,390,137	23,531,870	29,746,267	18,036,037 ⁽³⁾	23,100,000 ⁽³⁾
Quebec/Québec	207,172,463	215,650,460	270,395,168	140,026,476 ⁽³⁾	166,026,000 ⁽³⁾
Ontario	273,166,761	287,661,054	339,962,521	229,277,389	276,387,000
Manitoba	34,932,708	35,701,475	45,041,515	29,676,643	35,149,000
Saskatchewan	30,626,697	32,092,321	41,881,646	23,588,448	31,86,000
Alberta	59,424,306	61,362,840	82,336,288	56,494,000	73,635,000
British Columbia/Columbia-Britannique	81,561,066	86,368,370	106,717,551	59,445,465	73,635,000
Yukon Territory/Territoire du Yukon	678,009	695,501	930,579	579,229	576,000
Northwest Territories/Territoires du Nord-Ouest	1,255,937	1,276,606	1,632,156	1,361,693	1,576,000
Canada	762,689,945	795,755,865	1,003,582,951	598,352,307	717,544 000

Consisting of:/Comprendant:

- a) Advance payments on estimated contributions for the current fiscal year;/Les versements anticipés sur les contributions pour l'année financière en cours; and/et
 - b) Adjustment payments with respect to the previous fiscal year/Les paiements de redressement pour l'année financière précédente
- | Total Payments/Sommes globales | \$762,689,945 | 795,755,865 | 1,003,582,951 | 598,352,307 | 717,544 000 |
|--------------------------------|--|-------------|---------------|-------------|-------------|
| (1) | Represents payments under section 6 of the Medical Care Act, 1966-67.
Comprend les paiements versés en vertu de l'article 6 de la Loi sur les soins médicaux, 1966-67. | | | | |
| (2) | Represents payments under section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, which are deemed to be payments within the meaning of the Medical Care Act.
Comprend les paiements versés en vertu de l'article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis et considérés comme des paiements aux termes de la Loi sur les soins médicaux. | | | | |
| (3) | Quebec receives a special abatement of 8.5 personal income tax points on a fiscal year basis for Hospital Insurance, Medical Care and Post-Secondary Education. The value of these points is (1) subtracted from the cash transfer to Quebec before the residual is allocated among the three established programs and (2) added to the tax transfer for the purpose of determining the sum of the cash and tax transfer.
La province de Québec reçoit un abattement spécial de 8.5 points fiscaux sur le revenu des particuliers et calculé selon l'année financière pour l'assurance-hospitalisation, les soins médicaux et les études post-secondaires. La valeur de ces points est (1) soustraite du transfert en espèces accordé à la province de Québec avant que le solde soit réparti entre les trois programmes établis, et (2) ajoutée au transfert d'impôts dans le but d'établir la somme du transfert en espèces et du transfert d'impôts. | | | | |

Analysis of Cost Changes*

The year 1978-79 was the second fiscal year in which federal contributions to the provinces and territories were no longer based upon actual program costs, but were calculated in accordance with the provisions of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977. As in 1977-78 non-fee costs were partly estimated. Also, there were some further changes in reporting arrangements in some of the provinces.

Unadjusted aggregate and per capita costs increased at the rates shown in Table 2 during the period from 1971-72, the first full year of participation of all ten provinces, to 1978-79:

Table 2/Tableau 2
Annual Rates of Change of Unadjusted Aggregate and Per Capita Costs
Taux annuels de variation des frais globaux et frais par habitant non redressés

	<u>Per Cent Change per Year</u> <u>Variation annuelle en pourcentage</u>		
	<u>1971-72 to/à 1977-78</u>	<u>1977-78 to/à 1978-79</u>	<u>1971-72 to/à 1978-79</u>
Aggregate Costs Frais globaux	10.4	17.2	11.3
Per Capita Costs Frais par habitant	8.9	15.5	9.8

The year-to-year changes shown in Table 2 are not comparable. For example, reported program costs in 1978-79 include a further substantial amount in payments for laboratory and radiology services which had been temporarily counted as Hospital Insurance Program costs in 1977-78 and in some earlier years (some of the transfers of such costs back from the Hospital Insurance Program to the Medical Care Program had already occurred in 1977-78).

The comparisons shown in Table 3 are based upon data which have been adjusted to improve year-to-year comparability. Adjustments allow for the above-noted transfer of certain laboratory and radiology costs, based upon the assumption that the temporary transfers had never occurred, and that the costs in question had always been treated as Medical Care Program costs. Other adjustments include a normalization of insured person counts, estimates of non-fee program costs in certain provinces where the figures reported for 1977-78 and 1978-79 had been obviously incomplete, and for major changes in claims inventories, i.e. year-to-year changes in the estimated value of services rendered on a fee-for-service basis, but not paid, at the end of a fiscal year.

Analyse des variations relatives aux frais*

L'année 1978-1979 est la deuxième année où les contributions fédérales aux provinces et aux territoires ne sont plus établies en fonction des coûts réels des programmes, mais calculées conformément à la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis. Comme en 1977-1978, les frais des paiements aux médecins non rémunérés à l'acte sont en partie estimés. En outre, certaines provinces ont apporté d'autres modifications à leurs méthodes de communication des données.

Les frais globaux et les frais par habitant non redressés ont augmenté aux taux indiqués au Tableau 2 durant la période de 1971-1972, soit la première année marquant la participation de toutes les provinces, à 1978-1979:

Per Cent Change per Year
Variation annuelle en pourcentage

	<u>1971-72 to/à 1977-78</u>	<u>1977-78 to/à 1978-79</u>	<u>1971-72 to/à 1978-79</u>
Aggregate Costs Frais globaux	10.4	17.2	11.3
Per Capita Costs Frais par habitant	8.9	15.5	9.8

Les variations annuelles indiquées au Tableau 2 ne sont pas comparables. Par exemple, les frais communiqués pour 1978-1979 comprennent un autre montant important (des paiements pour les services de laboratoire et de radiologie) qui a été temporairement inclus dans les frais du Programme d'assurance-hospitalisation, en 1977-1978 et dans certaines années précédentes (une partie de ces frais ont déjà été transférés en 1977-1978 du Programme d'assurance-hospitalisation au Programme de soins médicaux).

Les chiffres indiqués au Tableau 3 sont fondés sur des données qui ont été partiellement rajustées pour faciliter la comparaison d'une année à l'autre. Les rajustements tiennent compte du transfert indiqué ci-dessus de certains frais de laboratoire et de radiologie, en supposant que les transferts temporaires n'ont jamais eu lieu et que les frais en question ont toujours été considérés comme relevant du Programme de soins médicaux. Les autres rajustements prévoient la normalisation des dénominations de personnes assurées, une estimation des frais de programme pour services non rémunérés à l'acte dans certaines provinces où les chiffres déclarés pour 1977-1978 et 1978-1979 étaient de toute évidence incomplets et des changements importants au niveau des inventaires de demandes de paiement, c'est-à-dire des variations annuelles de la valeur approximative des services rémunérés à l'acte déjà dispensés, mais non payés, à la fin de l'année financière.

*Excludes Yukon and Northwest Territories.

*Le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest exclus.

Table 3/Tableau 3

Annual Rates of Change of Fully Adjusted Aggregate and Per Capita Costs
 Taux annuels de variation des frais globaux et frais par habitant entièrement redressés

	<u>Per Cent Change per Year</u> <u>Variation annuelle en pourcentage</u>		
	<u>1971-72</u> <u>to/à 1977-78</u>	<u>1977-78</u> <u>to/à 1978-79</u>	<u>1971-72</u> <u>to/à 1978-79</u>
Aggregate Costs Frais globaux	11.2	10.9	11.2
Per Capita Costs Frais par habitant	9.6	10.0	9.7

Total Medical Care Program costs consist of fee payments to physicians, non-fee payments to physicians, and the costs of insured dental services. During the periods under review the two last-mentioned items accounted for about 6 per cent of fully adjusted total program costs, and fee payments to physicians accounted for the remaining 94 per cent of the total.

All of the following comparisons show changes in fully adjusted fee payments to physicians, and the contribution made by selected factors to such changes in costs. Some of the data used in the comparisons have been revised in the light of the new information or as the result of the adoption of improved methodologies. Therefore, the resulting figures may not coincide exactly with those used in previous annual reports. This applies primarily in the case of the price factor and the physician supply factor.

Le coût total du Programme de soins médicaux comprend les paiements aux médecins rémunérés à l'acte, les paiements aux médecins non rémunérés à l'acte et les frais des services dentaires assurés. Au cours des périodes prises en considération, les deux derniers éléments mentionnés ci-dessus ont représenté environ 6% des frais entièrement rajustés, le reste (94%) étant représenté par les paiements aux médecins rémunérés à l'acte.

Toutes les comparaisons suivantes montrent des changements au niveau des paiements entièrement redressés qui sont versés aux médecins rémunérés à l'acte, ainsi que le rôle de facteurs donnés dans les changements de coûts. Certaines des données utilisées ont été révisées à la lumière de nouveaux renseignements ou à la suite de l'adoption de meilleures méthodes, et il est possible que les résultats ne correspondent pas exactement à ceux des rapports annuels précédents, et plus particulièrement dans le cas du facteur "prix" et du facteur "effectif de médecins".

Table 4/Tableau 4

Annual Rates of Change of Selected Factors Contributing to Changes in Fee Payments

Taux annuels de variation de certains facteurs contribuant aux variations des versements aux médecins

	<u>Per Cent Change per Year</u> <u>Variation annuelle en pourcentage</u>		
	1971-72 to/à 1977-78	1977-78 to/à 1978-79	1971-72 to/à 1978-79
Aggregate Fee Payments to Physicians Ensemble des paiements à l'acte aux médecins	11.1	10.9	11.1
(a) Insured Population Population assurée	1.4	.9	1.3
Per Capita Fee Payments Paiements à l'acte par habitant or/ou	9.6	10.0	9.7
(b) Price/Prix Utilization/Utilisation or/ou	4.7	6.2	4.9
(c) Physician Supply Effectif de médecins Fee Payments per Physician Paiements à l'acte par médecin or/ou	6.1	4.4	5.9
(d) Population Price/Prix Per Capita Utilization Utilisation par habitant or/ou	4.4	2.5	4.2
(e) Population Price/Prix Per Capita Physician Supply Effectif de médecins par habitant Utilization per Physician Utilisation par médecin	6.4	8.2	6.7
	1.4	.9	1.3
	4.7	6.2	4.9
	4.7	3.5	4.6
	3.0	1.6	2.8
	1.6	1.9	1.7

In Table 4, each of the groups of factors from (a) to (e) represents a different approach to explain changes in aggregate fee payments to physicians. For example, increases in aggregate fee payments may be looked at as resulting from changes in price and utilization, or from changes in the number of physicians and in payments per physician.

The physician supply factor shows changes in the number of full-time equivalent physicians.* The price factor measures changes in the fee-for-service payment schedules of provincial medical care insurance plans. It does not measure changes in the average cost of services which may result from changes in patterns of practice or in the billing habits of physicians. The utilization factor is a residual, and is not measured independently, i.e. it is not determined by counting changes in the number of services provided by physicians. Consequently, it may not only be a reflection of changes in the volume of services, but may also include the price-effect of changes in the patterns of practice and billing habits of physicians. There is evidence that such changes were quite pronounced in some provinces since 1971-72. Otherwise, the per capita volume of fee services may grow or decline as a result of changes such as those in the age-sex and urban-rural distribution of the covered population, technological progress, changes in the per capita physician supply.

As shown in Table 4, although annual percentage changes in fee payments to physicians were fairly uniform during the periods shown, the contributions made by the various factors changed considerably. In particular, while the annual contributions made by the growth in population and in physician supply were smaller in 1978-79 than in the preceding six-year period, changes in prices were more important in the last fiscal year.

These shifts in the contributions to aggregate fee cost increases made by different factors are even more evident when examining other time periods. For example, in every fiscal year from 1971-72 to 1974-75 per cent increases in physician supply were larger than increases in prices. Average annual rates of change were 5.4 per cent and 2.4 per cent respectively. The reverse was the case from 1974-75 to 1978-79, i.e. price increases in every year were larger than the growth in the number of physicians. During this latter period, increases in physician supply averaged 3.2 per cent per year, while prices were growing at an annual rate of 6.8 per cent. Changes in the utilization factor -- overall, per insured person, or per physician -- were considerably higher in the earlier three-year period than in the more recent four-year period.

*The number of full-time equivalent physicians is not an actual count, but is a calculated figure which takes into account the respective contributions made by physicians in full-time and part-time fee practice.

Au Tableau 4, chacun des groupes de facteurs, soit de (a) jusqu'à (e), représente une manière différente d'expliquer les changements au niveau de l'ensemble des paiements aux médecins rémunérés à l'acte. Ainsi, l'augmentation de ces paiements peut être considérée comme le résultat de changements au niveau du prix et de l'utilisation, ou de changements au niveau du nombre de médecins et de paiements par médecin.

Le facteur "effectif de médecins" montre les changements au niveau du nombre de médecins équivalents temps plein.* Le facteur "prix" mesure les changements au niveau du barème de rémunération à l'acte des régimes provinciaux d'assurance de soins médicaux, mais non les changements au niveau du coût moyen des services, qui peuvent être imputables aux changements de mode d'exercice ou de mode de facturation des médecins. Le facteur "utilisation" est un résidu, et n'est pas mesuré d'une manière indépendante, c'est-à-dire qu'il n'est pas obtenu en comptant les changements au niveau du nombre de services fournis par les médecins. En conséquence, ce facteur reflète non seulement les changements au niveau du volume des services, mais comprend peut-être aussi l'effet des changements de mode d'exercice et de mode de facturation des médecins sur les prix. Ces changements ont été assez prononcés dans certaines provinces depuis 1971-1972. Par ailleurs, le volume par habitant des services fournis par les médecins rémunérés à l'acte peut s'accroître ou diminuer à la suite de changements, comme ceux qui interviennent dans la répartition selon l'âge et le sexe et la distribution urbaine-rurale de la population assurée, des progrès technologiques et des changements au niveau de l'effectif de médecins par habitant.

Comme l'indique le Tableau 4, même si les variations annuelles en pourcentage des paiements versés aux médecins rémunérés à l'acte ont été passablement uniformes au cours des périodes indiquées, la contribution des divers facteurs a sensiblement changé. Plus précisément, alors que la contribution annuelle de l'accroissement de la population et de l'effectif de médecins était plus restreinte en 1978-1979 qu'au cours des six années précédentes, les changements de prix se sont avérés plus importants au cours de la dernière année financière.

Ces changements au niveau de la contribution de divers facteurs aux augmentations de l'ensemble des frais sont encore plus évidents lorsqu'on examine d'autres périodes. Par exemple, dans chaque année financière comprise entre 1971-1972 et 1974-1975, les augmentations en pourcentage de l'effectif de médecins étaient plus importantes que les augmentations de prix. Les taux moyens annuels de changement étaient de 5.4% et de 2.4% respectivement. Le cas inverse s'est produit entre 1974-1975 et 1978-1979, c'est-à-dire que les augmentations de prix ont été, chaque année, supérieures à l'accroissement du nombre de médecins. Au cours de cette dernière période, les augmentations de l'effectif de médecins ont été en moyenne de 3.2% par année, alors que les prix ont augmenté à un taux annuel de 6.8%. Les changements au niveau du facteur "utilisation"--- global, par personne assurée ou par médecin ---ont été considérablement plus élevés au cours de la première période de trois ans qu'au cours de la période plus récente de quatre ans.

* Le nombre de médecins équivalents temps plein ne constitue pas un chiffre réel; il s'agit d'un chiffre calculé qui tient compte des contributions respectives des médecins rémunérés à l'acte et exerçant à temps plein et à temps partiel.

In Table 5 the data shown in Table 4 are expressed in dollar terms and in the corresponding percentage distributions. In each period the sum of the dollar amounts and percentages for each of the groups of factors from (a) to (e) is the same as the figures shown for "Aggregate Fee Payments to Physicians". In attributing dollar effects to changes in the insured population and to changes in physician supply it is assumed, for purposes of the data shown in Table 5, that each additional insured person, or each additional physician, tends to generate the same average fee payments per person or per physician as are generated by those already insured or practising in the base period.

Au Tableau 5, les données présentées au Tableau 4 sont exprimées en termes monétaires; est également indiqué le pourcentage correspondant. Dans chaque période, la somme des montants et des pourcentages de chacun des groupes de facteurs, soit de (a) à (e), correspond à ce qui est indiqué à la première ligne "Ensemble des paiements à l'acte aux médecins". En attribuant les effets monétaires aux changements au niveau de la population assurée et aux changements au niveau de l'effectif de médecins, on suppose, aux fins des données indiquées au Tableau 5, que chaque personne assurée additionnelle, ou chaque médecin additionnel, a tendance à produire les mêmes paiements moyens par personne ou par médecin que ceux que produisent les personnes déjà assurées ou exerçant déjà au cours de la période de base.

Table 5/Tableau 5

Extent to which Selected Factors Contributed to Increases in Aggregate Fee Payments to Physicians

Contribution de certains facteurs choisis à l'accroissement des versements totaux aux médecins rémunérés à l'acte

	Annual Averages Moyennes annuelles					
	1971-72 to/à 1977-78 (\$ millions)	1977-78 to/à 1978-79 (\$ millions)	1971-72 to/à 1978-79 (\$ millions)	1977-78 to/à 1978-79 (\$ millions)	1971-72 to/à 1978-79 (\$ millions)	1977-78 to/à 1978-79 (\$ millions)
Increases in Aggregate Fee Payments to Physicians						
Augmentation de l'ensemble des paiements à l'acte aux médecins	\$ 164.1	100.0	\$ 229.6	100.0	\$ 173.4	100.0
Attributable to Changes in:						
Imputables aux changements au niveau des facteurs suivants:						
(a) Insured Population	\$ 20.9	12.7	\$ 18.8	8.2	\$ 21.0	12.1
Population assurée						
Per Capita Fee Payments	143.2	87.3	210.8	91.8	152.4	87.9
Paiements à l'acte par habitant or/ou						
(b) Price/Prix	\$ 70.9	43.2	\$ 133.5	58.1	\$ 78.5	45.3
Utilization/Utilisation or/ou	93.2	56.8	96.1	41.9	94.9	54.7
(c) Physician Supply	\$ 67.7	41.3	\$ 55.0	24.0	\$ 67.3	38.8
Effectif de médecins						
Fee Payments per Physician	96.5	58.8	174.5	76.0	106.1	61.2
Paiements à l'acte par médecin or/ou						
(d) Population	\$ 20.9	12.7	\$ 18.8	8.2	\$ 21.0	12.1
Price/Prix	70.9	43.2	133.5	58.1	78.5	45.3
Per Capita Utilization						
Utilisation par habitant or/ou	72.3	44.1	77.3	33.7	73.9	42.6
(e) Population	\$ 20.9	12.7	\$ 18.8	8.2	\$ 21.0	12.1
Price/Prix	70.9	43.2	133.5	58.1	78.5	45.3
Per Capita Physician Supply						
Effectif de médecins par habitant	46.8	28.5	36.2	15.8	46.3	26.7
Utilisation per Physician						
Utilisation par médecin	25.6	15.6	41.1	17.9	27.6	15.9

During the seven-year period from 1971-72 to 1978-79 fully adjusted fee payments rose from \$1,115 million to \$2,329 million, a total increase of \$1,214 million, or about \$173 million per year. Of this increase, 12.1 per cent, or \$147 million, was accounted for by population growth, and a further 45.3 per cent, or about \$550 million, was due to price changes. The remaining 42.6 per cent, corresponding to \$517 million, was the result of changes in the utilization per insured person. As mentioned earlier, this latter may not consist entirely of volume changes, but may include the price effects of changes in patterns of practice and in the billing habits of physicians. Also, increases in the utilization per insured person are believed to be strongly influenced by increases in the per capita supply of physicians. Assuming a direct relationship between these two ratios, the data in Table 5 show that changes in the per capita supply of physicians accounted for 26.7 per cent, or \$324 million of the total increase in fee payments from 1971-72 to 1978-79, while changes in the utilization per physician accounted for 15.9 per cent, or \$193 million.

Alternatively, the data in Table 5 suggest that changes in physician supply accounted for an increase of 38.8 per cent, or \$471 million in fee payments to physicians, and that payments per physician accounted for the remaining 61.2 per cent, or \$743 million.

It was stated earlier that changes in the age-sex distribution of the insured population may be one of the factors which influence changes in the utilization per person. According to Statistics Canada estimates of changes in the age-sex distribution of the Canadian population (assumed to be representative of changes in the age-sex distribution of the insured population of the ten provincial medical care insurance plans), the proportion of persons in the "under 15" age group declined from 29.6 per cent in June 1971 to 24.2 per cent in June 1978. The proportion of persons in the "15 to 64" age group increased from 62.3 per cent to 66.7 per cent, and the proportion of those aged "65 and over" increased from 8.1 per cent to 9.1 per cent. There was also small shift, from about 49.9 per cent to 50.3 per cent, in the proportion of females in the Canadian population during the 1971 to 1978 period. Using age-sex specific data on the utilization of fee services by the beneficiaries of three provincial medical care insurance plans (Quebec, Saskatchewan, Alberta), it is estimated that these changes in the composition of the population accounted for an increase of nearly 3.2 per cent in per capita fee payments to physicians from 1971-72 to 1978-79, or about 0.45 per cent per year. In terms of the figures shown in Table 5, this suggests that changes in the age-sex distribution of the insured population raised fee payments by about \$47 million, or 3.9 per cent of the total increase of \$1,214 million, from 1971-72 to 1978-79.

Au cours des sept années qui se sont écoulées entre 1971-1972 et 1978-1979, les paiements à l'acte entièrement redressés ont augmenté de \$1,115 millions à \$2,329 millions, ce qui représente une augmentation totale de \$1,214 millions, ou environ \$173 millions par année; 12.1%, ou \$147 millions, sont imputables à l'accroissement de la population, et 45.3%, soit environ \$550 millions, aux changements de prix. Les 42.6% restants, qui correspondent à \$517 millions, ont été occasionnés par des changements au niveau de l'utilisation par personne assurée. Comme il a été mentionné plus tôt, ce dernier chiffre ne comprend pas seulement des changements de volume; il peut aussi comprendre l'effet de changements au niveau du mode d'exercice et du mode de facturation des médecins sur les prix. En outre, on considère que les augmentations au niveau de l'utilisation par personne assurée sont fortement influencées par des augmentations au niveau de l'effectif de médecins par habitant. En supposant qu'il existe un lien direct entre ces deux taux, les données du Tableau 5 indiquent que les changements de l'effectif de médecins par habitant représentent 26.7%, ou \$324 millions, de l'augmentation totale des paiements à l'acte, entre 1971-1972 et 1978-1979, alors que les changements au niveau de l'utilisation par médecin représentent 15.9%, ou \$193 millions.

D'autre part, les données du Tableau 5 indiquent que les changements au niveau de l'effectif de médecins sont responsables d'une augmentation de 38.8%, ou de \$471 millions, au niveau des paiements versés aux médecins rémunérés à l'acte, et que les paiements par médecin sont responsables des 61.2% restants, soit \$743 millions.

Il a été mentionné plus tôt que les changements au niveau de la distribution selon l'âge et le sexe de la population assurée pouvaient être l'un des facteurs qui influait sur les changements au niveau de l'utilisation par personne. Selon les estimations de Statistique Canada concernant les changements au niveau de la distribution selon l'âge et le sexe de la population canadienne (considérée comme représentative des changements intervenus dans la distribution selon l'âge et le sexe de la population assurée par les dix régimes provinciaux d'assurance de soins médicaux), la proportion de personnes du groupe d'âge des "moins de 15 ans" a diminué de 29.6% en juin 1971 à 24.2% en juin 1978. La proportion de personnes du groupe d'âge des "15 à 64 ans" a augmenté de 62.3% à 66.7%, et la proportion des personnes âgées de "65 ans et plus" a augmenté de 8.1% à 9.1%. On a aussi remarqué un léger changement, de 49.9% environ à 50.3%, dans la proportion de femmes au sein de la population canadienne entre les années 1971 et 1978. En utilisant des données spécifiques selon l'âge et le sexe concernant l'utilisation des services payés à l'acte par les bénéficiaires de trois régimes provinciaux de soins médicaux (Québec, Saskatchewan et Alberta), on estime que ces changements au niveau de la composition de la population sont la cause d'une augmentation de près de 3.2% des paiements par habitant versés aux médecins rémunérés à l'acte entre 1971-1972 et 1978-1979, soit d'environ 0.45% par année. Par rapport aux chiffres indiqués au Tableau 5, cela laisse entendre que les changements au niveau de la distribution selon l'âge et le sexe de la population assurée ont fait augmenter les paiements à l'acte d'environ \$47 millions, ou de 3.9% de l'augmentation totale de \$1,214 millions, entre 1971-1972 et 1978-1979.

Aggregate fee payments to physicians, and the assorted factors which tend to influence the level of fee payments, changed at rates which varied considerably from province to province.

Table 6 shows minimum, maximum and median values in the annual rate of change of selected factors during the seven-year period from 1971-72 to 1978-79.

Table 6/Tableau 6

Interprovincial Differences in Annual Rates of Change of Selected Factors
Différences interprovinciales des taux de changement annuels de facteurs donnés

L'ensemble des paiements versés aux médecins rémunérés à l'acte, ainsi que les divers facteurs qui ont eu tendance à influer sur le niveau des paiements à l'acte, ont changé à des taux qui varient considérablement d'une province à une autre.

Le Tableau 6 montre les valeurs minimale, maximale et médiane du taux de changement annuel de facteurs donnés, au cours des sept années qui se sont écoulées entre 1971-1972 et 1978-1979.

Per Cent Change per Year,
Changement en pourcentage par année
1971-72 to/à 1978-79

	Median Valeurs médianes	Range Variations		
Aggregate Fee Payments to Physicians Ensemble des paiements à l'acte aux médecins	11.0	7.9	to	14.5
Insured Population/Population assurée	1.2	.5	to	2.7
Per Capita Fee Payments Paiements à l'acte par habitant	10.0	7.2	to	12.2
Physician Supply/Effectif de médecins	4.0	3.1	to	8.0
Per Capita Physician Supply Effectif de médecins par habitant	2.8	1.1	to	6.7
Fee Payments per Physician Paiements à l'acte par médecin	6.2	4.5	to	10.3
Price/Prix	5.3	3.1	to	8.3
Utilization/Utilisation	5.5	3.1	to	7.5
Per Capita Utilization/Utilisation par habitant	3.8	2.4	to	6.9
Utilization per Physician Utilisation par médecin	.8	-.6	to	2.7

Expressed in another way, aggregate fee payments to physicians increased by about 70 per cent from 1971-72 to 1978-79 in one province, but by 158 per cent in another province. Even in per capita terms, i.e. after allowing for different rates of population growth, the increases ranged from about 63 per cent to 124 per cent.

Generally, interprovincial differences in annual rates of change tended to be much larger during the first few years of the period than during the last few years. For example, from 1971-72 to 1974-75 price changes varied from zero in one province to 7.5 per cent per year in another province. From 1974-75 to 1978-79 price changes in the provinces ranged from 5.5 per cent per year to 9.1 per cent per year. By comparison, the Consumer Price Index (all items) increased by 7.7 per cent per year from 1971 to 1974, and by 8.8 per cent per year from 1974 to 1978.

Further statistical analyses of interprovincial differences in the size of the various factors, and of the relationships between some of the factors, tend to confirm expectations. For example, there is a fairly strong positive correlation between changes in the per capita supply of physicians and changes in per capita utilization. Changes in fee payments per physician vary directly with changes in prices, and inversely with changes in the per capita supply of physicians. Interprovincial differences in the rates at which the two factors of price and per capita supply of physicians change explain about 80 per cent of the variations in payments per physician. Changes in the same two factors also influence changes in utilization per physician, both negatively. Although the association is not very strong with respect to price changes, the calculations suggest that utilization per physician tends to grow relatively slowly when price changes are relatively high, and vice versa.

En d'autres termes, l'ensemble des paiements aux médecins rémunérés à l'acte a augmenté d'environ 70%, entre 1971-1972 et 1978-1979 dans une province, mais de 158% dans une autre. Même en termes d'habitant, c'est-à-dire après avoir tenu compte de divers taux d'accroissement de la population, les augmentations varient entre 63% environ à 124%.

En général, les différences interprovinciales des taux annuels de changement ont eu tendance à être bien plus marquées au cours des premières années qu'au cours des dernières. Par exemple, entre 1971-1972 et 1974-1975, les changements de prix ont varié entre 0% dans une province et 7.5% par année dans une autre. De 1974-1975 à 1978-1979, les changements de prix dans les provinces ont varié de 5.5% par année à 9.1% par année. En comparaison, l'indice des prix à la consommation (tous les articles) a augmenté de 7.7% par année de 1971 à 1974 et de 8.8% par année de 1974 à 1978.

L'analyse statistique plus poussée des différences interprovinciales au niveau de l'importance des divers facteurs et des rapports existant entre certains de ces facteurs, tend à confirmer les prévisions. Ainsi, il existe un lien positif passablement étroit entre les changements au niveau de l'effectif de médecins par habitant et les changements au niveau de l'utilisation par habitant. Les changements au niveau des paiements versés aux médecins rémunérés à l'acte varient directement en fonction des changements au niveau des prix et, inversement, en fonction des changements au niveau de l'effectif par habitant des médecins. Les différences interprovinciales des taux auxquels changent les deux facteurs du prix et de l'effectif de médecins par habitant expliquent environ 80 pour cent des variations au niveau des paiements par médecin. Les changements au sein de ces deux mêmes facteurs influent également sur les changements au niveau de l'utilisation par médecin, négativement dans les deux cas. Bien que cette association ne soit pas aussi prononcée dans le cas des changements de prix, les calculs indiquent que l'utilisation par médecin tend à croître relativement modérément lorsque les changements de prix sont relativement élevés, et vice versa.

SUMMARY OF PROVINCIAL HEALTH INSURANCE PLANS (January 1, 1979)
RÉSUMÉ DES RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-SANTÉ (le 1^{er} JANVIER 1979)

NOTE:

The summary does not include many other health services which are provided by provinces other than through the health insurance system, either on a universal basis (e.g. public health services, mental health services, communicable disease control); or on an age-related basis (e.g. dental health plan for children); or according to disease or condition (e.g. drugs for specified chronic diseases); or on a regional basis within a province (e.g. home care services, ambulatory care services); or on an income-related basis.

REMARQUE:

De nombreux services de santé fournis par les ministères provinciaux de la Santé en vertu d'un régime universel ne sont pas compris dans le présent résumé (par exemple, les services offerts par les unités sanitaires, les soins dispensés dans les sanatoriums antituberculeux et dans les hôpitaux psychiatriques, la lutte contre les maladies vénériennes, les programmes de soins à domicile).

NEWFOUNDLAND

Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Additional benefits (b): Children's Dental Health Program available to children up to and including 12 years of age. This program is administered by the Department of Health. There is a \$2.00 fee per item of service.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Laboratory, radiological, and other diagnostic procedures, including the necessary interpretations; radiotherapy and physiotherapy where available, occupational therapy, where available, out-patient visits, emergency visits, operating room facilities including supplies, plaster casts, drugs and medical and surgical supplies administered in hospital.

Out-of-province benefits (c): Same benefits as provided in the province.

Authorized charges: Standard ward charge of \$3.00 per day, up to a maximum of 15 days per admission. Re-admission within 60 days of discharge in connection with the same illness or

See notes on page 33

TERRE-NEUVE

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale dispensées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés supplémentaires (b): un programme d'hygiène dentaire disponible aux enfants jusqu'à l'âge de 12 ans inclusivement. Ce programme est administré par le ministère de la Santé. Il y a des honoraires à l'acte de \$2 par service.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles approuvés.

Services de consultation externe: les tests de laboratoire, la radiographie et d'autres services de diagnostic, y compris les analyses nécessaires; la radio-thérapie, la physiothérapie et l'ergothérapie si ces services sont disponibles; les visites à l'unité de consultation externe et à l'urgence; l'usage du bloc opératoire y compris l'équipement, les fournitures, les plâtres et les médicaments ainsi que le matériel médical et chirurgical dispensé à l'hôpital.

Services assurés hors de la province (c): les mêmes services que ceux qui sont assurés dans la province.

Frais autorisés: la somme de \$3 par jour pour la salle, jusqu'à un maximum de 15 jours par admission. En cas de réadmission pour la même condition ou maladie dans les 60 jours qui suivent le

Voir notes à la page 33

condition will be limited to the \$45 maximum charge. Patients aged 65 years and over and patients certified by the Department of Social Services as being unable to pay will not be subject to the \$3.00 ward charge.

PRINCE EDWARD ISLAND

Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Laboratory procedures as specified, radiological procedures as specified, including use of radioactive isotopes; drugs, biologicals and related preparations for emergency diagnosis and treatment; all other services specified as in-patient services.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Standard ward rate or rate authorized for out-patient services of host province in case of: 1) emergency, 2) referral with prior approval of Commission for conditions that cannot be treated adequately in P.E.I. Otherwise, daily rates established by Commission based on the average of the three major hospital per diem rates in effect at time service rendered.

Outside Canada: In-patient services only to maximum of:

1) emergency - up to \$100 per day towards costs of hospital room charges and 75% of balance of cost of insured services. 2) referral with prior approval of Commission for conditions that cannot be adequately treated in Canada - standard ward rate for hospital and all necessary essential services. Otherwise, daily rates established by Commission based on the average of the three major hospital per diem rates in effect at time service rendered.

See notes on page 33

congé, la somme maximale exigée sera de \$45. Les patients âgés de 65 ans et plus et ceux qui sont reconnus par le ministère des Services sociaux comme étant incapables de payer n'auront pas à débourser cette somme de \$3.

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale dispensées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles approuvés.

Services de consultation externe: les tests de laboratoire et de radiologie tels qu'ils sont précisés, y compris l'utilisation d'isotopes radioactifs; les médicaments, les substances biologiques et les autres préparations connexes à un diagnostic et un traitement d'urgence; tous les autres services approuvés comme services dispensés aux malades hospitalisés.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: le tarif de la salle ou les frais autorisés par la province hôte pour les services de consultation externe pour: 1) les cas d'urgence, et pour 2) les patients dirigés ailleurs avec l'approbation de la Commission, pour des conditions qui ne peuvent pas être traitées de façon adéquate dans l'Île-du-Prince-Édouard. Pour les autres cas, les tarifs quotidiens établis par la Commission d'après la moyenne des per diem en vigueur dans les trois plus grands hôpitaux au moment de la prestation des services.

Hors du Canada: services dispensés aux malades hospitalisés seulement jusqu'à un maximum:

1) pour les cas d'urgence - de \$100 par jour pour le tarif d'une chambre d'hôpital et 75% des coûts restants des services assurés. 2) pour les patients dirigés ailleurs avec l'approbation de la Commission pour des conditions qui ne peuvent pas être traitées de façon adéquate au Canada - le tarif de la salle dans un hôpital et tous les services essentiels nécessaires. Pour les autres cas, les tarifs quotidiens établis par la Commission d'après la moyenne des per diem en vigueur dans les trois plus grands hôpitaux au moment de la prestation des services.

Voir notes à la page 33

Authorized charges: none

NOVA SCOTIA

Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Additional benefits (b): Optometric visual analysis; Dental plan for children born after January 1, 1967, or students registered with the School for the Blind; Pharmacare plan for residents 65 years and over; Cystic fibrosis program; Diabetes insipidus drug program; Hare lip/cleft palate dental program.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Broad range of essential services as approved by regulation including: medically necessary laboratory, electro-encephalographic and radiological examinations, radiotherapy for malignant and non-malignant conditions, electrocardiograms, physiotherapy facilities where available, various drugs, hospital services including meals for day patient care for diabetes, hemodialysis, ultrasonic diagnostic procedures and interpretations and electrocardiograms and interpretations, as well as specified hospital services when required for emergency diagnoses and treatment within 48 hours of an accident and specified hospital services in connection with various minor medical and surgical procedures.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Inpatient only for (a) emergencies and (b) with prior approval from plan of a medically necessary referral outside Nova Scotia from a Nova Scotia physician. Out-patient services at specified rates.

See notes on page 33

Frais autorisés: aucun

NOUVELLE-ÉCOSSE

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): tous les services requis du point de vue médical dispensées par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale dispensées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés supplémentaires (b): l'examen du champ visuel rendu par un optométriste. Le Régime d'assurance dentaire pour enfants nés après le 1^{er} janvier 1967, ou pour les étudiants inscrits au School for the Blind (École pour aveugles); le Régime de médicaments prescrits (Pharmacare) pour les résidents âgés de 65 ans et plus; le programme de la fibrose kystique; le programme de médicaments pour les personnes qui souffrent de diabète insipide; le programme de soins dentaires pour les personnes affligées d'un béc-de-lièvre ou d'une fissure palatine.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles approuvés.

Services de consultation externe: un vaste éventail de services essentiels approuvés par règlement, et requis du point de vue médical y compris: les tests de laboratoire et les examens électro-encéphalographiques et radiologiques; la radiothérapie pour les conditions malignes et bénignes, les électrocardiogrammes, les installations de physiothérapie, s'il y en a; divers médicaments, les services hospitaliers, y compris les repas pour diabétiques en traitement de jour, l'hémodialyse, les procédés diagnostiques au moyen des ultrasons et l'analyse des résultats, les électrocardiogrammes et l'analyse des résultats ainsi que les services hospitaliers approuvés lorsqu'ils sont nécessaires pour le diagnostic et le traitement de cas d'urgence dans les 48 heures suivant un accident et les services hospitaliers approuvés nécessaires à diverses interventions chirurgicales ou médicales d'ordre mineur.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: les services dispensés aux malades hospitalisés seulement pour: a) les cas d'urgence et pour b) les cas dirigés hors de la Nouvelle-Écosse pour des raisons médicales par un médecin de la Nouvelle-Écosse et avec l'approbation préalable de la Commission.

Voir notes à la page 33

Outside Canada: Up to \$100 per day plus 75% of the remainder except for infants less than 15 days old, then up to \$11 per day. Payment is limited to the cost of ward accommodation or where no ward accommodation exists to the lowest semi-private rate available. Out-patient services covered at 100% of charges for medically necessary services.

Authorized charges: none

NEW BRUNSWICK

Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Additional benefits (b): Prescription Drug Program for beneficiaries who are 65 years and over, for those with cystic fibrosis and for those who are social service benefit recipients.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: All approved available services.

Out-of-province benefits (c):

In Canada: Complete in-patient coverage at standard ward rate approved by hospital's provincial plan. **Out-patient:** Total amount charged for entitled services at rates approved by hospital's provincial plan.

Outside Canada: In-patient coverage: All-inclusive rate not in excess of the average standard ward rate, rounded to the nearest dollar, of the three largest New Brunswick hospitals. Out-patient coverage: Entitled out-patient services at New Brunswick rates. The rates for out-of-province benefits, both for medical care and hospital insurance, apply only in the case of: (a) emergency, (b) temporary absence from province for education, (c) referral by a New Brunswick physician with prior approval of the Department of

Hors du Canada: le tarif de la salle jusqu'à concurrence de \$100 par jour, plus 75% des frais restants sauf pour les nourrissons de moins de 15 jours qui sont couverts jusqu'à concurrence de \$11 par jour. Les services de consultation externe reçus hors de la province seront couverts aux taux prescrits.

Frais autorisés: aucun

NOUVEAU-BRUNSWICK

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): Tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale dispensées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés supplémentaires (b): programme de médicaments prescrits pour les bénéficiaires âgés de 65 ans et plus, pour ceux atteints de fibrose kystique et pour les bénéficiaires de prestations d'aide sociale.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles approuvés.

Services de consultation externe: tous les services disponibles approuvés.

Services hors de la province (c):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: La protection complète au tarif de la salle approuvé par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province. Services de consultation externe: La totalité des frais des services assurés au tarif approuvé par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province.

Hors du Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: Tous les frais ne dépassant pas le tarif moyen de la salle (au dollar le plus près) des trois plus grands hôpitaux du Nouveau-Brunswick. Services de consultation externe: les services assurés des cliniques de consultation externe aux tarifs du Nouveau-Brunswick. Les prestations pour les services reçus à l'extérieur de la province, que ce soit pour des services couverts par le Régime de soins médicaux ou le Régime d'assurance-hospitalisation, ne s'appliquent

See notes on page 33

Voir notes à la page 33

Health, (d) special services not being available in New Brunswick, (e) the treatment being required up to the first day of the third month following the month of arrival at a new residence following a permanent move.

que dans les cas suivants: a) les cas d'urgence, b) l'absence temporaire de la province pour raison d'études, c) le patient dirigé hors de la province, par un médecin du Nouveau-Brunswick, avec l'approbation préalable du ministère de la Santé, d) services spéciaux non disponibles au Nouveau-Brunswick, e) les soins nécessaires jusqu'au premier jour du troisième mois suivant le mois d'arrivée à la nouvelle résidence - suivant un déplacement permanent.

Authorized charges: none

QUEBEC

Medical Care Insurance

Standard Benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Additional benefits (b): Optometry. Drugs and related professional services for recipients of social aid and recipients of certain governmental social aid measures; for persons aged 65 years and over; for persons between 60 and 64 years of age who are eligible for an allowance under the Old Age Security Act and would otherwise, without that allowance, be eligible for social aid or certain governmental social aid measures. Dental services for children under the age of 14. Prostheses, orthopaedic appliances or other appliances specified by regulation. Breast prostheses grant program following mastectomy. Functional aids program for the visually handicapped 35 years of age and under.

Premium per month: none (g)

Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward including all available services.

Out-patient: Clinical services of day or night psychiatric care, electroconvulsive therapy, insulin shock therapy, behavioural therapy, emergency care, minor surgery, radiotherapy, diagnostic services, physiotherapy, occupational therapy and inhalation therapy services, orthoptic services, services or examinations necessary for a resident to obtain employment, or those required in the course of employment or on the demand of the employer, provided that such examination or service is required by a law of Quebec other than the Collective Agreement Decrees Act, hearing and speech services.

See notes on page 33

Frais autorisés: aucun

QUÉBEC

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale dispensées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés supplémentaires (b): l'optométrie. Les médicaments et les services professionnels connexes pour les bénéficiaires de l'aide sociale et les bénéficiaires de certaines mesures d'aide sociale gouvernementale; pour les personnes âgées de 65 ans et plus; et pour les personnes de 60 à 64 ans admissibles à une allocation en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse et qui, sans cette allocation, auraient droit à l'aide sociale ou à certaines mesures d'aide sociale gouvernementale. Les services dentaires pour les enfants de moins de 14 ans. Les prothèses, les appareils orthopédiques ou autres déterminés par règlement. Le programme de subventions pour prothèses mammaires après mastectomie. Un programme d'aide pour les handicapés visuels de moins de 36 ans.

Prime mensuelle: aucune (g)

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services en salle commune et tous les services disponibles.

Services de consultation externe: les services en clinique psychiatrique de jour ou de nuit, les traitements par électrochocs, l'insulinothérapie et la thérapie de comportement. Les soins d'urgence, les soins en chirurgie mineure, la radiothérapie, les services diagnostiques, les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'inhalothérapie, les services d'orthoptique. Les services ou les examens auxquels doit se soumettre un résident en vue d'obtenir un emploi, ou auxquels il doit se soumettre en cours d'emploi ou encore qui sont requis par un employeur à la condition qu'un tel examen ou service soit exigé par une loi du Québec autre que la Loi des décrets de la convention collective. Les services d'audiologie et d'orthophonie.

Voir notes à la page 33

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: In-patient: Approved standard ward rate. Out-patient: Insured services at the prevailing rate of the hospital where these services are received.

Outside Canada: In-patient: Without prior approval, up to \$25 per day. Emergency or sudden illness and referral cases receiving prior approval, room and board at the ward rate plus cost of other insured services. Excluded: spas, psychiatric and tuberculosis hospitals. Out-patient: at the prevailing rate of the hospital where the insured services are received provided that: (a) the services were received during the 24 hours following an accident; (b) the services became necessary due to a sudden illness or emergency.

Authorized charges:

The payments authorized are \$8 per day for chronic care in extended care hospitals or in extended care units in short-term care hospitals. Children under the age of 18 are exempt. Low income individuals may benefit from total or partial exemption depending on their family and financial situation.

Additional services offered to the Quebec population under special programs of the Department of Social Affairs include:

- a) the transportation of sick persons according to specified criteria;
- b) the supply of special drugs at reduced cost (\$2 per prescription with a maximum of \$100 annually) for ambulatory patients with cancer, glaucoma, cystic fibrosis, tuberculosis, hyperlipoproteinemia, diabetes insipidus or psychiatric illnesses;
- c) home care services ordered by the attending physician to permit convalescence at home and reduce hospitalization - this program includes renal dialysis and parenteral nutrition;
- d) home help services to encourage the maintenance at home and avoidance of family break-up or long-term institutionalization for elderly persons.
- e) free ambulance service for persons aged 65 years and over.

See notes on page 33

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: le tarif approuvé de la salle, Services de consultation externe: les services assurés, au tarif de l'hôpital en cause.

Hors du Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: jusqu'à \$25 par jour sans approbation préalable. Les cas d'urgence ou de maladie subite et les cas dirigés ailleurs avec l'approbation préalable, y compris le logement et la pension au tarif de la salle plus les frais des autres services assurés. Sont exclus: les stations thermales, les sanatoriums antituberculeux, et les hôpitaux psychiatriques. Services de consultation externe: le tarif de l'hôpital où les services assurés sont dispensés, pourvu a) qu'ils le soient dans les 24 heures suivant un accident, b) qu'ils soient devenus nécessaires par suite d'une maladie subite ou d'une urgence.

Frais autorisés:

Les frais autorisés sont de \$8 par jour pour les malades chroniques hospitalisés dans les hôpitaux de soins prolongés ou dans les hôpitaux de courte durée. Les enfants âgés de moins de 18 ans sont exemptés. Les personnes à faible revenu peuvent jouir d'une exemption totale ou partielle dépendant de leur situation familiale et financière.

Les services additionnels dont peut bénéficier la population du Québec dans le cadre des programmes spéciaux du ministère des Affaires sociales comprennent:

- a) le transport des personnes malades conformément à certains critères particuliers;
- b) certains médicaments spéciaux à prix réduit (\$2 par ordonnance, pouvant aller jusqu'à une somme maximale de \$100 par année) pour les malades sur pied qui souffrent de cancer, de glaucome, de fibrose kystique, de tuberculose, d'hyperlipoprotéinémie, de diabète insipide ou de troubles psychiatriques;
- c) les soins à domicile prescrits par le médecin traitant afin de permettre la convalescence à la maison et de réduire la durée de l'hospitalisation - ce programme comprend la dialyse rénale et l'alimentation par voie parentérale;
- d) des services d'aide domestique pour les personnes âgées afin de les encourager à rester dans leur foyer et d'éviter les séparations de la famille ou l'hospitalisation à long terme.
- e) des services ambulanciers gratuits pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

Voir notes à la page 33

ONTARIO

Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Additional benefits (b): Optometry, chiropractic, podiatry, osteopathy. (Also out-of-hospital benefit towards cost of physiotherapy and for ambulance services.) Home Care Program Services; home renal dialysis; and home hyperalimentation equipment, supplies and medication. (The provincial Ministry of Health administers a free Drug Benefit Plan for persons 65 years and over who are Canadian citizens or landed immigrants and who have lived in the province for the past 12 months, disabled persons and persons with limited incomes.)

Premium per month (d):

Single - \$19 (e). Family of 2 or more -\$38 (e).

Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Broad range of essential services, physio-, occupational, speech radio- and inhalation therapies, diet counselling services when prescribed by a physician, and other hospital services when medically necessary. Where available from a hospital, the provision of equipment, supplies and medications for use in the home by haemophilic patients for the emergency treatment or the prevention of haemorrhage.

The plan also provides an extensive nursing home benefit.

Out-of-province benefits (c):

Full rate in other Canadian provinces less any co-insurance or capital charges made by province concerned. 75% of standard ward for non-emergency admissions in the United States including room, board and all extras. 100% of emergencies (except mental illness) anywhere in the world. 100% of standard ward care in all other cases (except mental illness) occurring outside Canada or the U.S.

Authorized charges: none

See notes on page 33

ONTARIO

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale dispensées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés supplémentaires (b): l'optométrie, la chiropraxie, la podiatrie, l'ostéopathie. (Les prestations aux malades non hospitalisés pour le coût des services de physiothérapie et des services d'ambulance.) Les services du programme de soins à domicile; l'équipement, le matériel et les médicaments pour la dialyse rénale et la suralimentation à domicile. (Le ministère provincial de la Santé administre un Régime de médicaments gratuits pour les personnes âgées de 65 ans et plus, qui sont citoyens canadiens ou immigrants reçus demeurant dans la province depuis les 12 derniers mois, pour les infirmes et les personnes à revenu modeste.)

Prime mensuelle (d):

Personne seule - \$19 (e). Famille de 2 personnes ou plus -\$38 (e).

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles approuvés.

Services de consultation externe: un vaste éventail de services essentiels, la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, la radiothérapie, l'inhalothérapie, les services de consultation diététique, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin et d'autres services hospitaliers requis du point de vue médical. L'équipement, le matériel et les médicaments employés à domicile par un hémophile pour le traitement d'urgence ou la prévention des hémorragies, lorsqu'un hôpital peut les fournir.

Le Régime offre également des prestations considérables pour les services en maison de repos.

Services assurés hors de la province (c):

Plein tarif des autres provinces canadiennes moins les frais modérateurs ou les frais d'établissement de la province en cause. 75% du tarif de la salle pour les cas non urgents aux États-Unis, y compris logement, et pension et tous les services supplémentaires. La totalité des frais des services d'urgence (à l'exception de troubles psychiatriques) partout dans le monde. Le plein tarif de la salle dans tous les autres cas (à l'exception de troubles psychiatriques) survenant à l'extérieur du Canada ou des États-Unis.

Frais autorisés: aucun

Voir notes à la page 33

MANITOBA

Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Additional benefits (b): Certain optometric and chiropractic services, prosthetic devices and certain limb and spinal orthotic devices and services when prescribed by an M.D. Contact lens following congenital cataract surgery. Artificial eyes. Prescription drug program.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: All services except drugs and dressings in certain cases.

Personal care homes: Standard ward and all approved available services.

Out-of-province benefits (c):

In Canada: Rate approved by hospital's provincial plan.

Outside Canada: The greater of 75% of hospital's charges or a daily allowance if: a) emergency, b) adequate care not available in Manitoba, c) during 3 months following permanent move, d) temporary employment or education. The lesser of 75% of hospital's charges or a daily allowance for elective cases.

Authorized charges:

none. (\$7 per day may be charged by hospitals in Manitoba to insured persons receiving hospital inpatient services that are not medically required but are provided after the need for placement in a personal care home has been established to the satisfaction of an assessment panel. A \$7 per day residential charge is made to insured persons receiving personal care in personal care homes).

See notes on page 33

MANITOBA

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale dispensées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés supplémentaires (b): certains services d'optométrie et de chiropraxie. Les prothèses et certains appareils et services orthopédiques pour les membres et la colonne vertébrale, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin. Les lentilles cornéennes requises après une intervention chirurgicale pour une cataracte congénitale. Les yeux artificiels. Le programme de médicaments prescrits.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles approuvés.

Services de consultation externe: tous les services sauf, dans certains cas, les médicaments et les pansements.

Maisons de soins personnels: les services de la salle et tous les services disponibles approuvés.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: le tarif approuvé par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province.

Hors du Canada: la plus élevée de ces sommes: 75% des frais pour les prestations des services hospitaliers ou une allocation quotidienne dans les cas: a) d'urgence, b) où les soins requis ne sont pas disponibles au Manitoba, c) où les soins sont dispensés dans les 3 mois suivant le départ permanent, d) d'une absence temporaire pour raison de travail ou d'études. La moins élevée de ces deux sommes: 75% des frais ou une allocation quotidienne pour les cas d'hospitalisation non urgents.

Frais autorisés:

Aucuns. (Les hôpitaux du Manitoba pourront exiger une somme de \$7 par jour des personnes assurées hospitalisées sans raison médicale après qu'un comité d'évaluation a jugé que ces personnes doivent être placées dans un foyer. Les foyers exigeront une somme de \$7 par jour des personnes assurées qui y reçoivent des soins personnels.)

Voir notes à la page 33

SASKATCHEWAN

Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Additional benefits (b): Optometry, chiropractic, oral surgery by a dentist and referred services by dentist for care of cleft palate. With certain exceptions, Saskatchewan residents holding valid health services cards are eligible for the benefits of other plans administered by the provincial Department of Health. These include a subsidized hearing aid plan; the provision of prosthetic and orthotic devices; provision of wheelchairs, walkers, commodes and other aids to daily living; a dental plan for children; a prescription drug plan.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: to the extent that a hospital is able to provide it.

Out-of-province benefits (c):

In-patient: Within Canada: Standard ward rate less co-insurance charge where applicable. Outside Canada: Maximums apply as to rate and number of days of care.

Out-patient: Within Canada: Total amount charged. Outside Canada: Total amount charged or a rate considered to be fair and reasonable.

Authorized charges: none

ALBERTA

Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals (h).

See notes on page 33

SASKATCHEWAN

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale dispensées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services supplémentaires (b): l'optométrie, la chiropraxie, les cas référés par un chirurgien-dentiste pour le traitement d'une fissure palatine et la chirurgie bucco-dentaire effectuée par un chirurgien-dentiste. Sauf certaines exceptions, les résidents de la Saskatchewan possédant des cartes d'identité valides pour les Régimes d'assurance-santé sont admissibles aux services d'autres régimes administrés par le ministère provincial de la Santé. Ceux-ci comprennent le Régime de subventions pour prothèses acoustiques; la fourniture de prothèses et d'appareils orthopédiques; la fourniture de chaises roulantes, de cadres de marche, de sièges percés et toute autre aide à la vie quotidienne; le Régime de soins dentaires pour enfants; le Régime de médicaments prescrits.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles approuvés.

Services de consultation externe: dans la mesure où un hôpital peut fournir le service, le service est assuré.

Services assurés hors de la province (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: au Canada: le tarif de la salle moins les frais modérateurs, le cas échéant. Hors du Canada: un taux maximal s'applique au tarif et au nombre de journées de soins.

Services de consultation externe. Au Canada: la totalité des frais. Hors du Canada: la totalité des frais ou un montant jugé raisonnable et juste.

Frais autorisés: aucun

ALBERTA

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale dispensées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste (h).

Voir notes à la page 33

Additional benefits (b): Dental services rendered by dental surgeons as specified in regulations, optometric services, chiropractic services, and podiatric services and appliances. An optional health services contract is available through the Alberta Health Care Insurance Plan providing Alberta Blue Cross non group membership at reduced rates to residents who are unable to obtain group Blue Cross coverage through an employer. For a resident 65 years and over, the spouse, and their dependants, the Government provides a substantial portion of the cost of eyeglasses and a major portion of the cost of dentures and dental care; and assumes the cost of hearing aids and medical and surgical equipment, supplies and appliances.

Premium per month (d):

Single - \$7.65 (f). Family of 2 or more - \$15.30 (f).

Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: to the extent that the hospital is able to provide insured services.

Out-of-province benefits (c):

In-patient: All approved in-patient charges in Canadian active treatment or auxiliary hospitals. Outside Canada - in active treatment hospitals - \$50 per day or the actual cost whichever is the lesser; for newborns - \$9.00 per day or the actual cost whichever is the lesser.

Out-patient: All services provided by hospitals in Canada at their respective approved rates. Outside Canada, for out-patient service at an active treatment hospital, the lesser of the amount charged or the amount that would be paid for the same service in Alberta.

Authorized charges (applies only to Alberta hospitals):

Patients are required to pay a \$5.00 admission charge to active treatment hospitals. Excluded are: inter-hospital transfers; re-admission within 30 days; hospitalization approved by a cancer clinic; polio patients; multiple handicapped children's units; a resident aged 65 or over, the spouse and dependants; and recipients of social assistance from Department of Social Services and Community Health.

See notes on page 33

Services assurés supplémentaires (b): les soins dentaires dispensés par des chirurgiens-dentistes conformément aux règlements. L'optométrie, la chiropraxie, les soins et les appareils podiatiques. Une assurance facultative est offerte par la Commission qui permet aux résidents qui ne font partie d'aucun groupe de devenir membre de la Croix-Bleue de l'Alberta. Pour les résidents âgés de 65 ans et plus et les personnes à leur charge, le gouvernement assume une importante partie du coût des lunettes et la plus grande partie du coût des dentiers et des soins dentaires et il supporte le coût des prothèses acoustiques, et de l'équipement, des fournitures et des appareils de nature médicale et chirurgicale.

Prime mensuelle (d):

Personne seule - \$7.65 (f). Famille de 2 personnes ou plus - \$15.30 (f).

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles approuvés.

Services de consultation externe: dans la mesure où l'hôpital peut fournir les services assurés.

Services assurés hors de la province (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: tous les frais des services dans les hôpitaux de soins de courte durée ou auxiliaires canadiens. À l'extérieur du Canada, dans les hôpitaux de soins de courte durée, la moins élevée de ces deux sommes: \$50 par jour ou le coût réel. Pour les nouveau-nés, la moins élevée de ces deux sommes: \$9 par jour ou le coût réel.

Services de consultation externe: tous les services de consultation externe dispensés dans les hôpitaux au Canada à leurs taux respectifs approuvés. À l'extérieur du Canada, pour les services de consultation externe dispensés dans un hôpital de soins de courte durée, la moins élevée des deux sommes suivantes: le coût réel des services rendus ou la somme que coûterait le même service en Alberta.

Frais autorisés (pour les hôpitaux de l'Alberta seulement):

Les malades doivent débourser \$5 pour être admis dans un hôpital de soins de courte durée. Sont exclus les malades transférés d'un hôpital à l'autre; les malades réadmis dans les 30 jours qui suivent le congé de l'hôpital; les malades dont l'admission est approuvée dans une clinique du cancer; les malades atteints de poliomélie; les enfants admis dans des unités pour handicapés multiples; les résidents âgés de 65 ans et plus, leur conjoint et les personnes à leur charge; et les bénéficiaires d'aide sociale du ministère des Services sociaux et de la Santé communautaire.

Voir notes à la page 33

Auxiliary Hospitals: \$5.50 per day after 120 days. Where a private room is provided at the request of the patient, an additional charge of \$3.50 per day is payable.

BRITISH COLUMBIA

Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals (h).

Additional benefits (b): Optometry, chiropractic, naturopathy, physiotherapy, podiatry, orthoptic treatment, the extended role services of a registered nurse where

a) an arrangement for the rendering and for the payment of these services is approved by the Commission, and

b) these services are rendered in an area of the province where a medical practitioner is not normally available.

Orthodontic services for hare lip and/or cleft palate. (Free prescription drug program for residents 65 years and over, the handicapped and the chronically ill, and a universal Pharmacare plan which protects individuals from financial hardship as a result of high prescription drug expenses. Further details may be obtained by writing Pharmacare, Ministry of Human Resources, Parliament Buildings, Victoria V8V 1X4.)

Premium per month (d):

Single - \$7.50. Two persons - \$15.00. Family of three or more persons - \$18.75.

Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Emergency services, minor surgical procedures, day care surgical services, out-patient cancer therapy, psychiatric day care and night care services, day care rehabilitation services, narcotic addiction services, physiotherapy services, diabetic day care, and specified out-patient psychiatric services (in designated hospitals), dietetic counselling services; cytology services operated by B.C. Cancer Institute and renal dialysis treatments for chronic renal failure (in designated hospitals); day care services at the Arthritis Centre of British Columbia and psoriasis day care

Les hôpitaux auxiliaires: \$5.50 par jour après 120 jours. Lorsqu'un malade occupe une chambre privée parce qu'il en a fait la demande, un supplément de \$3.50 par jour est payable.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale dispensées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste (h).

Services assurés supplémentaires (b): l'optométrie, la chiropraxie, la naturopathie, la physiothérapie, la podiatrie, les services et les traitements d'orthoptique, les services du rôle élargi d'un(e) infirmier(ère) diplômé(e) lorsque

- a) la Commission approuve une entente prise pour assurer la prestation et le remboursement de ces services et
- b) ces services sont dispensés dans une région de la province où un médecin n'est pas normalement disponible.

Les services orthodontiques pour le bec-de-lièvre ou la fissure palatine. Le Programme gratuit de médicaments prescrits pour les résidents âgés de 65 ans et plus, les handicapés et les malades chroniques et le Régime de médicaments prescrits (Pharmacare) offert à l'ensemble de la population, afin de protéger les individus des difficultés financières que peut entraîner l'achat de médicaments prescrits. De plus amples renseignements sur ce programme peuvent être obtenus en écrivant à Pharmacare, Ministry of Human Resources, Parliament Buildings, Victoria, V8V 1X4.

Prime mensuelle (d):

Personne seule - \$7.50. Deux personnes - \$15.00. Famille de trois personnes ou plus - \$18.75.

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles approuvés.

Services de consultation externe: les soins d'urgence, les soins en chirurgie mineure, les soins en chirurgie de jour, le traitement des cancéreux non hospitalisés, les soins psychiatriques de jour et de nuit, les services de réadaptation de jour, le traitement de la toxicomanie, les services de physiothérapie, le traitement de jour pour les diabétiques et certains services de psychiatrie en clinique de consultation externe (dans les hôpitaux désignés), les services de consultation diététique, les services de cytologie exploités par la B.C. Cancer Institute et les services de

See notes on page 33

Voir notes à la page 33

services at Shaughnessy Hospital, Vancouver.

Out-of-province benefits (c):

- a) In-patient: During a temporary period of absence that ends at midnight on the last day of the 12th month following the month of departure from province - maximum stay of 12 months unless otherwise approved.
- b) Referral, if approved by Deputy Minister.
- c) Out-patient: renal dialysis treatment for chronic renal failure in designated hospitals in another province, less \$1 authorized charge.
- d) Out-of-Canada: In-patient maximum \$75 per day for adults and children. \$12 per day for newborn. Lesser of charge or \$75 for out-patient dialysis for chronic renal failure. (Canadian funds)

Authorized charges:

- a) \$4 per day in general hospitals, excluding newborn,
- b) \$6.50 per day for adults and \$1 per day for children under the age of nineteen in extended care hospitals,
- c) \$2 for each emergency or minor surgical out-patient treatment,
- d) \$2 for day care surgical services,
- e) \$1 for out-patient cancer therapy, psychiatric day care or night care and psychiatric out-patient services, out-patient physiotherapy services, diabetic day care services, day care rehabilitation services, each dietician counselling session, renal dialysis treatment, day care arthritic services and psoriasis day care services.

NORTHWEST TERRITORIES

Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

See notes on page 33

dialyse rénale (dans les hôpitaux désignés); les soins de jour au Centre pour arthritiques de la Colombie-Britannique (Arthritis Centre of British Columbia) et les soins de jour pour les personnes souffrant de psoriasis à l'hôpital Shaughnessy de Vancouver.

Services assurés hors de la province (c):

a) Services dispensés aux malades hospitalisés: les services reçus au cours d'une absence temporaire se terminant à minuit le dernier jour du 12^e mois suivant le mois du départ de la province - une absence maximale de 12 mois, sauf une disposition contraire.

b) Les services reçus par un malade dirigé ailleurs pour des traitements avec l'approbation du Sous-ministre.

c) Services de consultation externe: le traitement de dialyse rénale pour les personnes qui souffrent d'insuffisance rénale chronique dans certains hôpitaux désignés d'une autre province, moins \$1 de frais autorisés.

d) Hors du Canada: un maximum de \$75 par jour pour les adultes et les enfants hospitalisés et de \$12 par jour pour les nouveau-nés. Pour le traitement de dialyse rénale aux individus non hospitalisés souffrant d'insuffisance rénale chronique, la plus petite des deux sommes suivantes: le coût réel du traitement ou \$75 (en devises canadiennes).

Frais autorisés:

- a) Sauf pour les nouveau-nés, \$4 par jour dans les hôpitaux de soins de courte durée,
- b) \$6.50 par jour pour les adultes et \$1 par jour pour les enfants de moins de dix-neuf ans dans les hôpitaux de soins prolongés,
- c) \$2 pour tout service d'urgence ou soins en chirurgie mineure en clinique de consultation externe,
- d) \$2 par jour pour les soins en chirurgie de jour,
- e) \$1 pour les soins aux cancéreux non hospitalisés, pour les soins psychiatriques de jour ou de nuit et pour les services psychiatriques en clinique de consultation externe, pour les services de physiothérapie en clinique de consultation externe, pour les services de jour aux diabétiques, pour les services de réadaptation de jour, pour chaque séance de consultation diététique, et pour la dialyse rénale, pour les soins de jour pour les personnes qui souffrent d'arthrite et de psoriasis.

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale dispensées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Voir notes à la page 33

Additional benefits (b): Full travel coverage, plus living expenses allowance, while away from home for treatment of cancer, cystic fibrosis, tuberculosis or mental illness. Also cost of drugs required to treat specific chronic diseases. Assistance towards travel costs to receive medical treatment away from home community.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Emergency and follow-up treatment of injuries; medically necessary diagnostic radiological examinations with necessary interpretations; laboratory examinations; minor surgical procedures; physiotherapy and radiotherapy where available; and certain day care surgical procedures.

Out-of-province benefits (c):

In-patient: Rate approved for hospital by its own provincial plan.

Out-patient: Same benefits as in N.W.T.

Outside Canada: Up to a maximum specified rate.

Authorized charges: none

YUKON TERRITORY

Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Premium per month (d):

Single - \$4.75. Couple - \$9.25. Family - \$11.00.

Coverage depends on residency status rather than on payment of premiums. Persons 65 years or more are premium-exempt.

Hospital Insurance

See notes on page 33

Services assurés supplémentaires (b): la totalité des frais pour les déplacements, plus une indemnité de subsistance pour les individus qui doivent s'éloigner de chez eux pour recevoir des traitements pour le cancer, la fibrose kystique, la tuberculose ou les troubles psychiatriques. Les coûts des médicaments requis pour traiter certaines maladies chroniques. Une subvention de voyage aux personnes qui doivent recevoir des traitements médicaux à l'extérieur de leur communauté.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles approuvés.

Services de consultation externe: les traitements d'urgence et les traitements subséquents des blessures; les examens radiologiques requis par nécessité médicale et les analyses nécessaires au diagnostic; les examens de laboratoire; les soins en chirurgie mineure; la physiothérapie et la radiothérapie quand elles sont disponibles et certains soins en chirurgie de jour.

Services assurés hors du territoire (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: le tarif approuvé pour l'hôpital par le Régime d'assurance-hospitalisation du territoire.

Services de consultation externe: les mêmes services assurés que ceux offerts dans les Territoires du Nord-Ouest.

Hors du Canada: jusqu'au tarif maximal spécifié.

Frais autorisés: aucun

TERRITOIRE DU YUKON

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale dispensées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Prime mensuelle (d):

Personne seule - \$4.75. Couple - \$9.25. Famille -\$11.00.

La garantie dépend de la résidence et non de l'acquittement des primes. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont exemptées des primes.

Régime d'assurance-hospitalisation

Voir notes à la page 33

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward rate and all approved available services.

Out-patient Laboratory, radiological and other diagnostic procedures together with the necessary interpretations for the diagnosis and treatment of an injury, illness or disability excluding simple procedures which ordinarily form part of a physician's routine office examinations; day care surgical services.

Out-of-province benefits (c):

In-patient: Rate approved for hospital by its own provincial plan.

Out-patient: Same benefits as in Territory.

Outside Canada: Maximum applied as to rate.

Authorized charges: none

See notes on page 33

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles approuvés.

Services de consultation externe: les tests de laboratoire, les examens radiologiques, et les autres services de diagnostic, ainsi que les analyses nécessaires au diagnostic et au traitement des blessures, maladies ou invalidités, à l'exclusion des examens qui font partie de l'examen général en cabinet de médecin; les soins en chirurgie de jour.

Services assurés hors du territoire (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: le tarif approuvé pour l'hôpital par le régime d'assurance-hospitalisation du territoire en question.

Services de consultation externe: les mêmes services assurés que ceux offerts dans le Territoire du Yukon.

Hors du Canada: le tarif maximal selon le taux.

Frais autorisés: aucun

Voir notes à la page 33

NOTES:

- a) These benefits are insured services as defined in the Medical Care Act (Canada). All provincial medical care insurance plans are required to provide portability of coverage for the insured services of the Medical Care Program for their insured residents anywhere in the world. However, this requirement does not preclude a provincial plan from requiring prior approval from the plan before elective, non-emergency, care is obtained out-of-province. Provinces generally limit the amount payable for the services of medical practitioners that are received on an out-of-province basis to the amount payable for similar services rendered in the province where the patient is insured.
- b) These additional benefits are provided generally on a limited basis. For specific details, information may be obtained from the provincial plan. The federal government is not contributing under federal health insurance legislation towards the costs of these additional benefits. However, the federal government contributes towards the cost of certain health services under the Extended Health Care Services Program such as nursing home and adult residential care, home care (health aspects) and ambulatory health care services.
- c) These benefits are provided in accordance with the terms and conditions of the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act (Canada), except for nursing home benefits - see note (b).
- d) The premiums are those for persons who do not qualify for premium assistance on account of limited income. The provisions for assistance vary from province to province.
- e) Rates are for combined medical care and hospital insurance coverage. Premium exemption if member of premium unit is 65 years or more and resided for at least the previous 12 months in province.
- f) Premium exemption for basic (and for optional) coverage if member of a premium unit is 65 years or more. Eligibility for hospital insurance depends on medical care insurance status.
- g) A special fund for financing the Quebec Health Insurance Plan comprises employers' contributions amounting to 1.5% of employees' salaries and payments made by the Minister of Finance out of the provincial consolidated revenue fund, according to the requirements of the Quebec Health Insurance Board.
- h) In this province, the services of osteopaths are eligible as insured services under the Medical Care Act (Canada) on the same basis as the services of medical practitioners.

NOTES:

- a) Ces services assurés sont offerts conformément aux dispositions de la Loi sur les soins médicaux (Canada). Tous les régimes provinciaux d'assurance médicale doivent offrir à leurs résidents assurés une transférabilité de couverture partout dans le monde pour les services assurés du Programme de soins médicaux. Cette exigence n'empêche cependant pas un régime provincial de demander préalablement l'approbation du régime avant que des soins facultatifs, non urgents, soient prodigués hors de la province. Les provinces limitent généralement le montant payable pour les services reçus des médecins à l'extérieur de la province au montant payable pour des services semblables rendus dans la province où le malade est assuré.
- b) Ces services supplémentaires sont généralement offerts avec certaines restrictions. Pour plus de précisions, s'adresser au régime provincial en question. Le gouvernement fédéral ne partage pas les coûts de ces services supplémentaires en vertu de la législation fédérale sur l'assurance-santé. Cependant, le gouvernement fédéral assume une partie des coûts de certains services de santé dans le cadre du Programme de services complémentaires de santé tels que les soins en maison de repos et les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile (les services de santé) et les soins ambulatoires.
- c) Ces services assurés sont offerts conformément à la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques (Canada), sauf les services assurés dans les maisons de repos - voir note (b).
- d) Ces primes s'appliquent aux personnes qui n'ont pas droit à l'assistance-prime accordée aux personnes à faible revenu. Les dispositions en ce sens varient d'une province à l'autre.
- e) Les taux s'appliquent aux Programmes de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation combinés. Il y a exemption de la prime si la personne seule ou un des membres d'une famille (2 personnes ou plus) est âgé de 65 ans ou plus et est résident dans la province depuis au moins les 12 derniers mois.
- f) Il y a exemption de la prime pour l'assurance de base (et l'assurance facultative) si la personne seule ou un des membres d'une famille (2 personnes ou plus) est âgé de 65 ans ou plus. Le droit à l'assurance-hospitalisation dépend de la situation par rapport au Régime de soins médicaux.
- g) La Régie de l'assurance-maladie du Québec est financée par le fonds de l'assurance-maladie créé au ministère des Finances et alimenté par la contribution des employeurs (1.5% du salaire versé à un employé) à laquelle s'ajoutent des sommes versées par le ministre des Finances à même le fonds consolidé du revenu et selon les besoins de la Régie.
- h) Dans cette province, les services des ostéopathes peuvent être considérés comme étant des services assurés en vertu de la Loi fédérale sur les soins médicaux au même titre que les services des médecins.

Plan Addresses

Newfoundland

Medical Care

Newfoundland Medical Care
 Commission,
 Elizabeth Towers,
 Elizabeth Avenue,
 St. John's, Newfoundland.
 A1C 5J3

Hospital Insurance

Hospital Services Division,
 Department of Health,
 Confederation Building,
 St. John's, Newfoundland.
 A1C 5T7

Prince Edward Island

Medical Care

Health Services Commission,
 P.O. Box 4500,
 Charlottetown, P.E.I.
 C1A 7P4

Hospital Insurance

Hospital Services Commission of
 Prince Edward Island,
 P.O. Box 4500,
 Charlottetown, P.E.I.
 C1A 7P4

Nova Scotia

Medical Care

Health Services and Insurance Commission,
 P.O. Box 760,
 Halifax, Nova Scotia.
 B3J 2V2

Hospital Insurance

Department of Health,
 P.O. Box 488,
 Halifax, Nova Scotia.
 B3J 2R8

New Brunswick

Medical Care

Department of Health,
 Insured Services Division,
 Box 5100,
 Fredericton, New Brunswick.
 E3B 5G8

Adresses des Régimes**Terre-Neuve****Soins médicaux**

Commission des soins medicaux
 de Terre-Neuve
 Elizabeth Towers
 Avenue Elizabeth
 St-Jean (Terre-Neuve)
 A1C 5J3

Assurance-hospitalisation

Division des services hospitaliers
 Ministère de la Santé
 Édifice Confederation
 St-Jean (Terre-Neuve)
 A1C 5T7

Île-du-Prince-Édouard**Soins médicaux**

Commission des services de santé
 de l'Île-du-Prince-Édouard
 C.P. 4500
 Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
 C1A 7P4

Assurance-hospitalisation

Commission des services hospitaliers
 de l'Île-du-Prince-Édouard
 C.P. 4500
 Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
 C1A 7P4

Nouvelle-Écosse**Soins médicaux**

Commission des services de santé
 et de l'assurance-maladie
 C.P. 760
 Halifax (Nouvelle-Écosse)
 B3J 2V2

Assurance-hospitalisation

Ministère de la Santé
 C.P. 488
 Halifax (Nouvelle-Écosse)
 B3J 2R8

Nouveau-Brunswick**Soins médicaux**

Ministère de la Santé
 Division des services assurés
 C.P. 5100
 Fredericton (Nouveau-Brunswick)
 E3B 5G8

Hospital Insurance

Department of Health,
Insured Services Division,
Box 5100,
Fredericton, New Brunswick.
E3B 5G8

Quebec

Medical Care

Quebec Health Insurance Board,
P.O. Box 6600,
Quebec, Quebec.
G1K 7T3

Hospital Insurance

Department of Social Affairs,
Joffre Building,
1075 chemin Ste-Foy,
Quebec, Quebec.
G1A 1B9

Ontario

Ontario Health Insurance Plan - (Medical Care and Hospital Insurance)

HAMILTON
25 Main St. W.,
L8P 4P9

LONDON
227 Queens Ave.,
N6A 5G6

OSHAWA
44 Bond St. W.,
L1G 1A4

SUDBURY
295 Bond St.,
P3B 2J8

TORONTO
2195 Yonge St.,
M5W 1A0

KINGSTON
1055 Princess St.,
K7L 5A9

MISSISSAUGA
55 City Centre Dr.,
L5B 3M1

OTTAWA
75 Albert St.,
K1P 5Y9

THUNDER BAY
435 James St. S.,
P7C 5G6

Assurance-hospitalisation

Ministère de la Santé
Division des services assurés
C.P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8

Québec

Soins médicaux

Régie de l'assurance-maladie du Québec
C.P. 6600
Québec (Québec)
G1K 7T3

Assurance-hospitalisation

Ministère des Affaires sociales
Édifice Joffre
1075, chemin Ste-Foy
Québec (Québec)
G1A 1B9

Ontario

Régime d'assurance-maladie de l'Ontario - (les soins médicaux et l'assurance-hospitalisation)

HAMILTON
25, rue Main ouest
L8P 4P9

LONDON
227, av. Queens
N6A 5G6

OSHAWA
44, rue Bond ouest
L1G 1A4

SUDBURY
295, rue Bond
P3B 2J8

TORONTO
2195, rue Yonge
M5W 1A0

KINGSTON
1055, rue Princess
K7L 5A9

MISSISSAUGA
55, promenade
City Centre
L5B 3M1

OTTAWA
75, rue Albert
K1P 5Y9

THUNDER BAY
435, rue James sud
P7C 5G6

Les bureaux régionaux ci-dessus se chargent de recevoir les inscriptions et de donner suite aux demandes d'indemnité. Il existe également des bureaux d'information à Barrie, Kenora, Kitchener, Peterborough, St. Catharines, Timmins et Windsor.

Manitoba

Medical Care

Manitoba Health Services Commission,
599 Empress Street,
Winnipeg, Manitoba.
R3C 2T6

Manitoba

Soins médicaux

Commission des services de santé
du Manitoba
599, rue Empress
Winnipeg (Manitoba)
R3C 2T6

Hospital Insurance

Manitoba Health Services Commission,
599 Empress Street,
Winnipeg, Manitoba.
R3C 2T6

Saskatchewan

Medical Care

Saskatchewan Medical Care Insurance
Commission,
T.C. Douglas Building,
3475 Albert Street,
Regina, Saskatchewan.
S4S 6X6

Hospital Insurance

Saskatchewan Hospital Services Plan,
T.C. Douglas Building,
3475 Albert Street,
Regina, Saskatchewan.
S4S 6X6

Alberta

Medical Care

Alberta Health Care Insurance Plan,
P.O. Box 1360,
Edmonton, Alberta.
T5J 2N3

or

Alberta Health Care Insurance Plan,
J.J. Bowlen Building,
620 - 7th Avenue S.W.,
Calgary, Alberta.
T2P 0Y8

Hospital Insurance

Alberta Department of Hospitals and
Medical Care, Hospital Services,
P.O. Box 2222,
9945 - 108 St.,
Edmonton, Alberta.
T5J 2P4

British Columbia

Medical Care

Medical Services Commission,
1515 Blanshard Street,
Victoria, B.C.
V8W 3C8
(Insurance contract may be obtained from the
Medical Services Plan of British Columbia,
1515 Blanshard Street,
Victoria, B.C.
Mailing Address:
P.O. Box 1600,
Victoria, British Columbia.
V8W 2X9)

Assurance-hospitalisation

Commission des services de santé
du Manitoba
599, rue Empress
Winnipeg (Manitoba)
R3C 2T6

Saskatchewan

Soins médicaux

Commission de soins médicaux
de la Saskatchewan
Édifice T.C. Douglas
3475, rue Albert
Regina (Saskatchewan)
S4S 6X6

Assurance-hospitalisation

Régime de services hospitaliers
de la Saskatchewan
Édifice T.C. Douglas
3475, rue Albert
Régina (Saskatchewan)
S4S 6X6

Alberta

Soins médicaux

Régime d'assurance-maladie
de l'Alberta
C.P. 1360
Edmonton (Alberta)
T5J 2N3

et

Régime d'assurance-maladie
de l'Alberta
Immeuble J.J. Bowlen
620, 7^e avenue sud-ouest
Calgary (Alberta)
T2P 0Y8

Assurance-hospitalisation

Ministère des hôpitaux, soins médicaux
et services hospitaliers de l'Alberta
C.P. 2222
9945, 108^e rue
Edmonton (Alberta)
T5J 2P4

Colombie-Britannique

Soins médicaux

Commission des services médicaux
1515, rue Blanshard
Victoria (Colombie-Britannique)
V8W 3C8
(Pour obtenir un contrat d'assurance, s'adresser au:
Programme des services médicaux
de la Colombie-Britannique)
1515, rue Blanshard
Victoria (Colombie-Britannique)
Adresse postale:
C.P. 1600
Victoria (Colombie-Britannique)
V8W 2X9)

Hospital Insurance	Assurance-hospitalisation
Hospital Programs, Ministry of Health, Parliament Buildings, Victoria, British Columbia. V8V 1X4	Programme hospitaliers Ministère de la Santé Édifices du Parlement Victoria (Colombie-Britannique) V8V 1X4
Northwest Territories	Territoires du Nord-Ouest
Medical Care	Soins médicaux
N.W.T. Health Care Plan, Government of the N.W.T., Yellowknife, N.W.T. X1A 2L9	Régime d'assurance-maladie des T.-N.-O. Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest) X1A 2L9
Hospital Insurance	Assurance-hospitalisation
N.W.T. Health Care Plan, Government of the N.W.T., Yellowknife, N.W.T. X1A 2L9	Programme d'assurance-maladie des T.-N.-O. Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest) X1A 2L9
Yukon	Territoire du Yukon
Medical Care	Soins médicaux
Yukon Health Care Insurance Plan, P.O. Box 2703, Whitehorse, Yukon. Y1A 2C6	Programme d'assurance-maladie du Yukon C.P. 2703 Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6
Hospital Insurance	Assurance-hospitalisation
Yukon Hospital Insurance Services, P.O. Box 2703, Whitehorse, Yukon. Y1A 2C6	Services d'assurance - hospitalisation du Yukon C.P. 2703 Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

NOTES:



CAI
HW
- A554

Medical Care Annual Report

Soins médicaux Rapport annuel



His Excellency the Right Honourable Edward Schreyer,
Governor General and Commander-in-Chief of Canada.

MAY IT PLEASE YOUR EXCELLENCE:

The undersigned has the honour to present to your Excellency the Annual Report respecting operations of the Medical Care Act for the fiscal year ended March 31, 1980.

Respectfully submitted,

Monique Bégin,
Minister of National Health and Welfare.

Son Excellence le très honorable Edward Schreyer,
Gouverneur général et Commandant en chef du Canada.

QU'IL PLAISE À VOTRE EXCELLENCE,

J'ai l'honneur de présenter à Votre Excellence le Rapport annuel sur l'application de la Loi sur les soins médicaux pour l'année financière se terminant le 31 mars 1980.

Je vous prie d'agrérer, Monsieur le Gouverneur général,
l'assurance de mon profond respect.

Le ministre de la Santé nationale et
du Bien-être social,
Monique Bégin

© Minister of Supply and Services Canada 1982

Cat. No. H75-9/1980

ISBN 0-662-51915-9

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1982

Nº de cat. H75-9/1980

ISBN 0-662-51915-9

Annual Report of the Minister of National Health and Welfare respecting operations of the Medical Care Act for the fiscal year ended March 31, 1980.

This is the twelfth report to Parliament, made in accordance with Section 9 of the Medical Care Act.

Program Description

The Medical Care Act (chapter M-8, R.S.C., 1970) received Royal Assent on December 21, 1966. In keeping with a recommendation from the Royal Commission on Health Services in 1964, the Act established a grant-in-aid program whereby the federal government is empowered to make financial contributions to those provinces which operate medical care insurance plans meeting certain minimum criteria. These criteria are embodied in the Act and require the provincial plans to have the following characteristics:

1. **Comprehensive coverage** for all medically required services rendered by a physician or surgeon. There can be no dollar limit or exclusion except on the grounds that the services are not medically required. Certain surgical-dental services rendered by dental surgeons in hospitals have been included as benefits from July 1, 1968.
2. **Reasonable access to insured services by insured persons.** The benefit coverage must be administered in such a way that there will be no impediment or preclusion through financial charges or otherwise to an insured person receiving necessary medical care.
3. **Universal availability** of coverage to all eligible residents of a participating province on uniform terms and conditions and covering, in addition, at least ninety-five per cent of the total eligible population. This ensures access to coverage by all residents and prevents premium discrimination on account of previous health, age, non-membership in a group or other consideration. At the same time, subsidization in whole or in part for certain age groups or low-income groups is permitted if a plan is financed by means of a premium system, provided all qualifying residents are treated equally.
4. **Portability of benefits** when beneficiaries are temporarily absent from their own province or when moving from one participating province to another.

Eligibility as a beneficiary is not related to employment insurance groups and, consequently, coverage is not lost when an individual changes jobs.

Rapport annuel du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social sur l'application de la Loi sur les soins médicaux pour l'année financière se terminant le 31 mars 1980.

Le présent rapport établi conformément à l'article 9 de la Loi sur les soins médicaux, est le douzième présenté au Parlement.

Description du programme

La Loi sur les soins médicaux (chapitre M-8, S.R.C., 1970) a reçu la sanction royale le 21 décembre 1966. Conformément aux propositions de la Commission royale sur les services de santé de 1964, la loi a établi un programme de subventions aux termes duquel le gouvernement fédéral a le pouvoir d'accorder, selon certains critères minimaux, une aide financière aux provinces appliquant un régime de soins médicaux. Ces critères sont incorporés dans la loi et obligent les régimes provinciaux à posséder les caractéristiques suivantes:

1. **La garantie tous risques** couvrant tous les services nécessaires dispensés par un médecin ou par un chirurgien. Ce critère n'admet aucune limite monétaire ni exclusion, à moins que les services ne s'imposent pas du point de vue médical. Depuis le 1^{er} juillet 1968, certains services de chirurgie dentaire dispensés dans les hôpitaux par des chirurgiens-dentistes sont également prévus.
2. **L'accès raisonnable des personnes assurées aux services assurés.** L'accès aux services assurés ne doit pas être entravé par des frais d'utilisation excessifs ou d'autres dispositions.
3. **L'application universelle** de la garantie à tous les résidents assurables de la province participante, selon des conditions uniformes, et couvrant au moins 95 p. 100 de la population assurable. Cela permet de garantir l'accès à tous les résidents et d'éviter la discrimination en matière de primes, qu'elle soit fondée sur la santé, l'âge, la non-appartenance à un groupe ou tout autre motif. En outre, si le régime est financé par un système de primes, l'autorité provinciale peut subventionner, en totalité ou en partie, certains groupes d'âge ou des groupes économiquement faibles, à condition que tous les résidents ayant droit à la garantie soient traités équitablement.
4. **La transférabilité des prestations** lorsque le bénéficiaire s'absente temporairement de sa province ou déménage dans une autre province participante.

5. Administration on a non-profit basis by a public authority which is accountable to the provincial government for its financial transactions.

Federal financial contributions to participating provinces became payable from July 1, 1968, and, originally, were based on half of the national per capita cost of the insured services of the national program, multiplied by the number of insured persons in each province. As a result of a 1976 amendment to the Medical Care Act, the 1976-77 per capita contribution was limited to 113% of the 1975-76 per capita contribution. This ceiling marginally reduced the level of the federal contribution below 50 per cent of the national per capita cost of insured services for that year. New financial arrangements came into effect April 1, 1977, and are discussed later in this report under the heading "Description of Financial Arrangements".

The Medical Care Act excludes from the insurable population of a province members of the Canadian Forces, Royal Canadian Mounted Police and persons serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the Penitentiary Act. These exclusions amount to less than 0.5 per cent of the total population.

Insurable residents of a participating province who are eligible and entitled to receive insured services under any other Act of the Parliament of Canada or under any law of a province relating to workers' compensation are not entitled to benefits under the Medical Care Act. For example, war veterans entitled to medical care under other federal legislation are excluded from the benefit coverage of the Medical Care Act insofar as their compensable disability is concerned. The relevant federal statutes are as follows:

Aeronautics Act
Civilian War Pensions and Allowances Act
Government Employees Compensation Act
Merchant Seaman Compensation Act
National Defence Act
Pension Act
Royal Canadian Mounted Police Act
Royal Canadian Mounted Police Pension Continuation Act
Royal Canadian Mounted Police Superannuation Act
Veterans Rehabilitation Act

Coverage is automatic for eligible residents in most provinces, subject to any registration requirements being met. In Ontario, coverage is mandatory for persons employed where there are 15 or more persons on the payroll, while coverage is voluntary for

5. L'administration sans but lucratif assurée par un organisme public, responsable de ses opérations financières devant le gouvernement provincial.

Les contributions fédérales ont commencé d'être versées aux provinces participantes le 1^{er} juillet 1968 et à l'origine, étaient fondées sur la moitié du coût national par habitant des services assurés par le programme national, multipliée par le nombre de personnes assurées dans chaque province. Par suite d'une modification apportée en 1976 à la Loi sur les soins médicaux, la contribution par habitant pour 1976-1977 a été limitée à 113 p. 100 de celles versées pour 1975-1976. Ce plafond a légèrement réduit le niveau de la contribution fédérale à moins de 50 p. 100 du coût national par habitant des services assurés pour l'année en question. De nouveaux accords financiers sont entrés en vigueur le 1^{er} avril 1977 et ceux-ci sont examinés sous la rubrique "Description des dispositions financières".

La Loi sur les soins médicaux exclut de la population assurable d'une province les membres des Forces armées canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, selon la définition qu'en donne la Loi sur les pénitenciers. Le nombre des personnes exclues représente moins de 0,5 p. 100 de la population globale.

Les résidents assurables d'une province participante, qui ont droit aux services assurés en vertu de toute autre loi du Parlement canadien ou de toute loi provinciale portant sur l'indemnisation des accidentés du travail, ne peuvent pas recevoir des prestations en vertu de la Loi sur les soins médicaux. Par exemple, les anciens combattants ayant droit aux soins médicaux en vertu d'autres lois fédérales sont exclus de la garantie prévue par la Loi sur les soins médicaux en ce qui concerne une affection imputable au service de guerre pour laquelle ils sont déjà indemnisés. Les lois fédérales en question sont les suivantes:

Loi sur l'aéronautique
Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils
Loi sur l'indemnisation des employés de l'État
Loi sur l'indemnisation des marins marchands
Loi sur la défense nationale
Loi sur les pensions
Loi sur la Gendarmerie royale du Canada
Loi sur la continuation des pensions de la Gendarmerie royale du Canada
Loi sur la pension de retraite de la Gendarmerie royale du Canada
Loi sur la réadaptation des anciens combattants

Dans la plupart des provinces, sous réserve que toute condition d'enregistrement soit remplie, les résidents qui ont droit aux soins sont couverts d'office. En Ontario, lorsqu'il y a 15 personnes ou plus inscrites aux listes de paye, les employés du service en question

the remainder of the population. In Alberta, persons may "opt out" on a yearly basis, but such an election must be for both the provincial hospital insurance and medical care plans. British Columbia has a voluntary plan.

Virtually 100 per cent of the 23.7 million residents of Canada who were eligible for coverage under the Medical Care Program through the various provincial plans were insured in 1979-80.

This is the eighth fiscal year in which medical care insurance plans were in effect in all jurisdictions. The provincial plans have been operational for at least nine years and in most instances for ten or eleven years.

The dates of entry of the provincial plans were as follows:

Newfoundland	April 1, 1969
Prince Edward Island	December 1, 1970
Nova Scotia	April 1, 1969
New Brunswick	January 1, 1971
Quebec	November 1, 1970
Ontario	October 1, 1969
Manitoba	April 1, 1969
Saskatchewan	July 1, 1968
Alberta	July 1, 1969
British Columbia	July 1, 1968
Yukon	April 1, 1972
Northwest Territories	April 1, 1971

Description of Financing Arrangements

Late in 1976, following several years of negotiations, the provinces and Canada agreed to new financial arrangements for medical care and hospital insurance, among other fiscal matters. This led to the enactment of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, (FPFA/EPF Act) assented to on March 31, 1977, which contains the formulae for calculating the yearly federal contributions to the provinces.

Commencing April 1, 1977, federal contributions to the provinces with respect to the established programs of hospital insurance, medical care and post-secondary education, are no longer directly related to provincial costs but take the form of a block fund that includes:

sont couverts obligatoirement; l'assurance est facultative pour le reste de la population. En Alberta, un particulier peut se retirer du régime à la fin de chaque année, mais une telle décision l'oblige à renoncer à la fois au régime provincial d'assurance-hospitalisation et au régime provincial de soins médicaux. La Colombie-Britannique offre un régime volontaire.

En 1979-1980, des 23.7 millions de résidents canadiens ayant droit aux services assurés du Programme de soins médicaux par l'entremise des différents régimes provinciaux, presque tous ont bénéficié de la garantie.

La présente marque la huitième année financière où il existe un régime de soins médicaux dans toutes les provinces. Les régimes provinciaux sont appliqués depuis au moins neuf ans et, dans la plupart des cas, depuis dix ou onze ans.

Les régimes provinciaux se sont joints au programme fédéral aux dates suivantes:

Terre-Neuve	1 ^{er} avril 1969
Île-du-Prince-Édouard	1 ^{er} décembre 1970
Nouvelle-Écosse	1 ^{er} avril 1969
Nouveau-Brunswick	1 ^{er} janvier 1971
Québec	1 ^{er} novembre 1970
Ontario	1 ^{er} octobre 1969
Manitoba	1 ^{er} avril 1969
Saskatchewan	1 ^{er} juillet 1968
Alberta	1 ^{er} juillet 1969
Colombie-Britannique	1 ^{er} juillet 1968
Yukon	1 ^{er} avril 1972
Territoires du Nord-Ouest	1 ^{er} avril 1971

Description des accords de financement

À la fin de 1976, après plusieurs années de négociations, les provinces et le gouvernement du Canada ont convenu de conclure de nouvelles ententes financières pour l'assurance de soins médicaux et l'assurance-hospitalisation, entre autres questions. Ces ententes ont abouti à l'adoption de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, sanctionnée le 31 mars 1977, qui définit les formules utilisées dans le calcul des contributions fédérales annuelles versées aux provinces.

Depuis le 1^{er} avril 1977, les contributions fédérales versées aux provinces, relativement aux programmes établis d'assurance-hospitalisation, de soins médicaux et d'études post-secondaires ne sont plus fonction immédiate des frais provinciaux mais prennent plutôt la forme d'un financement global qui comprend:

- a) The transfer to the provinces of tax room and associated equalization, and
- b) cash payments.

The total federal contributions for these programs are now, in general terms, based on the current escalated value of the 1975-76 federal contributions for the three programs.

The tax room vacated by the federal government permitted the provinces to increase their tax rates so as to collect additional revenue without necessarily increasing the total tax burden on Canadians.

The formula for the cash payments is complex and five factors are involved:

- a) 50 per cent of the national average per capita federal contributions to the provinces for the established programs in the base year 1975-76, plus the cash equivalent of one personal income tax point on a per capita basis (\$7.63);
- b) provincial population;
- c) an escalator consisting of a three-year moving average of the annual rate of growth of the Gross National Product on a per capita basis;
- d) transitional payments to provinces where the tax transfer and associated equalization are less than the value of the basic cash contribution;
- e) levelling adjustments to the basic cash contributions so that all provinces at the end of five years will be receiving equal per capita basic cash contributions.

The Minister of Finance allocates the federal cash contribution to each province among the three established programs on the basis of the proportion for the fiscal year 1975-76. The approximate allocations used for 1979-80, based on estimates, were:

50.5%	- Hospital Insurance Program
17.4%	- Medical Care Program
32.1%	- Post-Secondary Education Financing Program

- a) le transfert aux provinces d'un certain champ d'imposition et de la péréquation qui s'y rattache, et
- b) des versements en espèces.

À l'heure actuelle, la contribution fédérale globale à ces programmes est essentiellement fondée sur la valeur relevée courante de la contribution fédérale de 1975-1976 aux trois programmes.

Le champ d'imposition cédé par le gouvernement fédéral a permis aux provinces de hausser leurs taux d'impôt de façon à retirer des revenus supplémentaires sans nécessairement augmenter le fardeau fiscal dans son ensemble.

La formule des versements en espèces est complexe et comporte cinq facteurs:

- a) 50 p. 100 de la moyenne nationale de la contribution fédérale par habitant accordée aux provinces, pour les programmes établis au cours de l'année de base 1975-1976, plus l'équivalent en espèces, pour chaque habitant, d'un point fiscal sur le revenu personnel (\$7.63);¹
- b) la population provinciale;
- c) un facteur de progression, c'est-à-dire une moyenne mobile, calculée sur une période de trois ans, du taux annuel d'accroissement du Produit national brut, par habitant;
- d) des paiements de transition aux provinces lorsque les versements de transfert d'impôt et de péréquation sont inférieurs à la valeur de la contribution de base en espèces;
- e) des redressements pour niveler les contributions de base en espèces, de sorte qu'après cinq ans toutes les provinces recevront les mêmes contributions de base en espèces, par habitant.

Le ministre des Finances répartit la contribution fédérale en espèces accordée à chaque province entre les trois programmes établis, en fonction du prorata pour l'année financière 1975-1976. En fonction des prévisions, la répartition approximative appliquée pour 1979-1980 a été la suivante:

50,5% - Programme d'assurance-hospitalisation
17,4% - Programme d'assurance de soins médicaux
32,1% - Programme de financement des études postsecondaires

¹ The cash equivalent of one personal income tax point as well as one income tax point in the tax room transferred to the provinces, do not arise from health programs. They are part of an adjustment made to the provinces to settle the question of compensation for termination of the 1972 Tax Reform Guarantee Program and other issues which were outstanding at the time.

¹ L'équivalent en espèces d'un point fiscal sur le revenu personnel, ainsi qu'un point fiscal sur le revenu du champ d'imposition cédé aux provinces n'ont pas été accordés à cause des programmes de santé. En effet, ces gains des provinces font partie de ce que le gouvernement fédéral leur a accordé pour compenser l'abolition du Programme de garantie - réforme fiscale 1972 et pour régler d'autres questions à l'époque.

The allocated cash contributions for the health programs are deemed to be the contributions payable under the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act and the Medical Care Act. The cash contributions are payable by the Minister of National Health and Welfare who is responsible to Parliament for ensuring that the provincial plans continue to meet the program criteria. Contributions are conditional upon the corresponding provincial hospital and medical care insurance plans continuing to meet the program criteria of the federal health insurance legislation respecting such matters as the comprehensiveness of insured services covered, universality of population covered, reasonable access to insured services without impediment by way of user charges or otherwise, portability, adequate standards of care and public administration on a non-profit basis. Under these financial arrangements, provinces now have greater flexibility in the use of their own funds and the federal contributions than that which pertained under direct cost sharing.

Also, under the FPFA/EPF Act, as of April 1, 1977, the federal government is making additional equal per capita cash contributions to the provinces towards the cost of extended health care services not covered by the Medical Care and Hospital Insurance Programs. These services are: nursing home intermediate care, adult residential care, converted mental hospitals, home care (health aspects), and ambulatory health care services. The extended health care services contribution is estimated at \$24.45 per capita or \$579 million overall for 1979-80, and is subject to yearly escalation in the same manner as the basic cash contributions.

Les contributions en espèces affectées aux programmes de santé sont considérées comme étant payables en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et de la Loi sur les soins médicaux. Ces contributions en espèces doivent être versées par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social qui est chargé par le Parlement de s'assurer que les régimes provinciaux continuent de satisfaire aux critères du Programme. Ces contributions sont conditionnelles, en ce sens que les régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux doivent continuer de satisfaire aux critères de la Loi fédérale sur l'assurance-santé concernant des points comme la garantie tous risques des services assurés couverts, l'application universelle de la garantie à tous les résidents assurables, l'accès raisonnable aux services assurés sans qu'il soit entravé par des frais d'utilisation excessifs ou d'autres dispositions, la transférabilité des prestations, des normes suffisantes en matière de soins, et l'administration sans but lucratif assurée par un organisme public. En vertu des nouveaux accords financiers, les provinces jouissent maintenant d'une plus grande souplesse quant à l'utilisation de leurs propres fonds et des contributions fédérales que dans le contexte du partage direct des frais.

De plus, en vertu de la Loi sur le financement des programmes établis, le gouvernement fédéral verse aux provinces, depuis le 1^{er} avril 1977, des contributions supplémentaires en espèces, soit une somme équivalente pour chacune de celles-ci, calculée selon une formule par habitant, afin de les aider à assumer les frais de certains services complémentaires de santé non prévus par les Programmes de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation. Il s'agit des services suivants: les soins courants en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les hôpitaux psychiatriques convertis, les soins à domicile (l'aspect santé) et les soins ambulatoires. La contribution relative aux services complémentaires de santé est évaluée à \$24.45 par habitant, ce qui représente un montant global de \$579 millions pour l'année 1979-1980, et elle augmentera annuellement de la même manière que les autres contributions en espèces de base.

Program Changes and Developments

The rendering of charges by medical practitioners that are in excess of provincial plan benefit levels (extra-billing) continued to increase in several provinces, relative to the levels of such billings in years past, and received considerable attention. The Act does not prohibit extra-billing, which has existed in most provinces from the time of their participation in the Medical Care Program. Rather, the Act requires that a plan of a province be operated "on a basis that provides for reasonable compensation for insured services rendered by medical practitioners and that does not impede or preclude, either directly or indirectly whether by charges made to insured persons or otherwise, reasonable access to insured services by insured persons."²

Also during the year "Medicare" issues remained prominent. However, the term was commonly applied to encompass services beyond the Medical Care Program *per se*. At the Federal-Provincial conference of Health Ministers that was held in Ottawa on September 17, 1979, the Federal government proposed to undertake a review of the publicly financed insurance programs. All provinces, except Quebec, agreed that the proposed review would be appropriate. Mr. Justice Emmet Hall of Saskatchewan, who was Chairman of the Royal Commission on Health Services (1961-65), was commissioned to undertake the review, known as "Health Services Review '79".

Selected Changes in Provincial Plans

Surveillance of legislative and regulatory changes in the various provincial plans has been continued. While there was increased concern about the effect of extra-billing, all provinces continued to adhere to the conditions of the Act. The Department of National Health and Welfare continued to follow up with the provinces concerned all allegations to the contrary which came to its attention.

² On a nation-wide basis, estimates prepared after the close of the fiscal year indicate that during calendar year 1980, only 12 per cent of medical practitioners in fee-for-service practice were involved in extra-billing. Nationally, extra-billing amounts to an estimated 2% when compared with the cost of plan payments for insured services in 1980. The proportion varied from 0% to 3.6%, depending upon the province.

Changements aux programmes et nouveaux faits

Les frais facturés par les médecins en sus des tarifs fixés par les régimes provinciaux (dépassement de tarifs) ont continué d'augmenter dans plusieurs provinces, par rapport à ce qu'ils étaient les années précédentes, et ont reçu beaucoup d'attention. La loi n'empêche pas les médecins de dépasser les tarifs fixés, et cela se pratique dans la plupart des provinces depuis le moment où elles ont commencé à participer au Programme de soins médicaux. La Loi stipule plutôt que les régimes provinciaux doivent se fonder sur "un barème qui offre une compensation raisonnable pour les services assurés que rendent les médecins et qui n'écartent ni n'excluent, directement ou indirectement, soit au moyen d'honoraires exigés des personnes assurées soit autrement, une possibilité raisonnable pour les personnes assurées de bénéficier des services assurés."²

De plus, au cours de l'année, on a beaucoup discuté d'assurance-maladie. Toutefois, ce terme n'englobe pas que les services offerts dans le cadre du Programme de soins médicaux. C'est ainsi que, lors de la Conférence fédérale-provinciale des ministres de la Santé tenue le 17 septembre 1979 à Ottawa, le gouvernement fédéral a proposé d'entreprendre une étude sur les programmes d'assurance financés par des organismes publics. Toutes les provinces, sauf le Québec, ont jugé une telle étude opportune. Le juge Emmett Hall de la Saskatchewan, qui était le président de la Commission royale d'enquête sur les services de santé (1961-1965), a été mis à la tête de la Commission d'examen des services de santé.

Certains changements apportés aux régimes provinciaux

La surveillance des modifications apportées aux lois et aux règlements des différents régimes provinciaux s'est poursuivie. Bien que dans un climat d'inquiétude accrue au sujet des répercussions du dépassement des tarifs par les médecins, toutes les provinces ont continué à satisfaire aux conditions de la loi. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a continué de faire enquête auprès des provinces toutes les fois qu'on prétendait que ces conditions n'étaient pas respectées.

² Selon des estimations préparées une fois l'année financière terminée, en 1980 (année civile), seulement 12% des médecins payés à l'acte au Canada ont facturé des frais en sus des tarifs fixés par les régimes provinciaux. À l'échelle nationale, en 1980, ces frais supplémentaires représentaient environ 2% du montant global versé aux médecins, les autres 98% ayant été versés par les régimes provinciaux pour des services assurés. À l'échelon provincial, la proportion des médecins qui avaient réclamé des frais supplémentaires variaient entre 0 et 3,6% selon la province.

Changes in provincial plans during the fiscal year include the following:

- Yukon raised its monthly premiums for its medical care plan from \$4.75 to \$6.50 for single persons, from \$9.25 to \$12.50 for couples, and from \$11.00 to \$14.00 for families, with effect from April 1, 1979.
- Effective September 1, 1979, the Alberta Health Care Insurance Plan ceased to accept claims for payment which do not indicate the amount billed the patient, even if no extra-billing occurs.
- Ontario raised its monthly premiums for its combined health insurance plan from \$19.00 to \$20.00 for single persons and from \$38.00 to \$40.00 for couples and families with children, with effect from the benefit period commencing October 1, 1979.
- Effective November 1, 1979, Quebec made the presentation of the health insurance card by the beneficiary a pre-condition for the direct payment by the plan to the practitioner. Certain exceptions are allowed e.g. emergencies, services to infants under one year of age, persons in long-term care facilities.
- Nova Scotia made provision for coverage of dependants of NATO personnel, and for persons in Nova Scotia on work permits and their families who meet certain criteria relating to duration of stay in the province.
- Prince Edward Island amended the Health Services Payment Act Regulations, effective August 1, 1979, to prohibit physicians opted into the provincial plan from billing an entitled person an amount in excess of the Health Services Commission's tariff of fees for basic services.
- Increases in the schedules of payments for medical practitioners were implemented in all provinces and territories.

The Appendix contains a tabular summary of provincial medical care and hospital insurance plans, as of January 1, 1980. It should be noted, however, that this information is subject to change. Detailed descriptions of each provincial medical care insurance plan may be obtained from the Director, Health Insurance, Health Services and Promotion Branch, Department of National Health and Welfare, Ottawa, Ontario, K1A 1B4.

Les changements apportés aux régimes provinciaux au cours de l'année financière sont les suivants:

- Le Yukon a haussé la prime mensuelle de son régime d'assurance de soins médicaux. En effet, le 1^{er} avril 1979, celle-ci est passée de \$4.75 à \$6.50 pour les personnes seules, de \$9.25 à \$12.50 pour les couples et de \$11.00 à \$14.00 pour les familles.
- Le 1^{er} septembre 1979, l'Alberta a cessé d'accepter les demandes de paiement en vertu de son régime d'assurance-maladie qui ne contiennent pas le montant des frais facturés aux patients, même s'il n'y a pas eu dépassement de tarifs.
- L'Ontario a haussé la prime mensuelle de son régime combiné d'assurance de soins médicaux, soit de \$19.00 à \$20.00 pour les personnes seules, et de \$38.00 à \$40.00 pour les couples et les familles comptant des enfants, avec effet à la période de garantie commençant le 1^{er} octobre 1979.
- Depuis le 1^{er} novembre 1979, le Québec ne paie directement les médecins que si les bénéficiaires leur ont présenté leur carte d'assurance-maladie. Il permet cependant quelques exceptions à cette règle: les cas d'urgence, les services aux nourrissons âgés de moins d'un an, les malades des établissements de soins de longue durée.
- La Nouvelle-Écosse accorde maintenant la garantie aux personnes à la charge du personnel de l'OTAN et aux individus qui possèdent un permis de travail en Nouvelle-Écosse ainsi qu'à leur famille, pourvu que ces personnes satisfassent à certains critères concernant la durée de leur séjour dans la province.
- L'Île-du-Prince-Édouard a modifié les Health Services Payment Act Regulations (date d'effet: le 1^{er} août 1979), pour empêcher les médecins adhérents au régime provincial de facturer à une personne admissible des frais en sus des tarifs fixés par la Commission des services de santé pour les services de base.
- Une majoration des honoraires des médecins praticiens a été appliquée dans toutes les provinces et les territoires.

L'annexe comprend un tableau récapitulatif des régimes provinciaux de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation, au 1^{er} janvier 1980. Il est à noter, toutefois, que ces renseignements ne sont pas invariables. Il est possible d'obtenir une description détaillée de tous les régimes provinciaux de soins médicaux en s'adressant au Directeur de l'Assurance-santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa (Ontario) K1A 1B4.

Medical Care Program - Administration

The purpose of the Medical Care Act is to ensure that all residents of Canada can have access to necessary care on a prepaid basis by authorizing the federal government to provide financial assistance to the provinces. To do this effectively, the program has been organized on the basis of three interrelated activities:

- 1. Administration of the Medical Care Act.**
- 2. Provision of advisory services to the provinces on various aspects of the provincial medical care insurance plans.**
- 3. Conducting studies, and providing technical and professional consultative services to the provinces and other appropriate bodies on the planning, delivery and utilization of medical services.**

The Health Services and Promotion Branch is responsible for the administration of the Medical Care Act, the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, and the program for Extended Health Care Services. Other responsibilities of the Branch include the administration of the Health Resources Fund Act, studies and advice on health care services and related matters, administration of the National Health Research and Development Program, the development of health standards and guidelines, and health promotion activities.

The Health Insurance Supplementary Fund, which is administered by the Health Services and Promotion Branch, provides for the payment of claims for the insured services of the Medical Care and the Hospital Insurance and Diagnostic Services Acts for residents of Canada who have been unable to obtain coverage or have lost coverage through no fault of their own. During 1979-80, payments amounted to \$1,008, leaving a balance of \$17,898 in the Fund.

Selected Activities

The federal provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Services met twice during the year. The specific functions of this Committee, which consists of senior provincial and territorial health insurance plan officials, as well as representatives of the federal government, are to:

- 1. Consider specific issues delegated by the Conference of Deputy Ministers of Health, or accepted by a significant number of the provinces as matters where a general consensus of informed opinion would be helpful, and make recommendations where appropriate.**
- 2. Promote federal/provincial co-ordination of medical and institutional needs of Canadians on a provincial, national and international level.**

Programme de soins médicaux - Administration

La Loi sur les soins médicaux a pour objet de garantir à tous les habitants du Canada l'accès aux soins médicaux nécessaires, payés d'avance, et d'autoriser à cette fin le gouvernement fédéral à fournir aux provinces une aide financière. Pour garantir son efficacité, le programme a été élaboré de façon à couvrir trois domaines d'activités apparentées:

- 1. l'application de la Loi sur les soins médicaux;**
- 2. la création de services consultatifs, destinés aux provinces, sur les divers aspects des régimes provinciaux de soins médicaux;**
- 3. la conduite d'études et la création de services consultatifs d'ordre technique et professionnel, destinés aux provinces et aux organismes intéressés, dans le domaine de la planification, de la distribution et de l'utilisation des services médicaux.**

La Direction générale des services et de la promotion de la santé est chargée de surveiller l'application de la Loi sur les soins médicaux, de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, du Programme des services sanitaires complémentaires, de la Loi sur la Caisse d'aide à la santé. Elle entreprend des études, fournit des services de consultation dans le domaine des soins et services de santé et d'autres sujets connexes, gère le programme national de recherche et développement en matière de santé, et voit à la création de normes et de lignes de conduite dans le domaine de la santé et à l'organisation des activités de promotion de la santé.

La Caisse supplémentaire d'assurance-santé, gérée par la Direction générale des services et de la promotion de la santé, prévoit le paiement d'indemnités, pour les services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux et de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, aux habitants du Canada qui n'ont pu obtenir la garantie ou qui ont perdu leur droit à celle-ci sans que ce soit leur faute. Au cours de l'année 1979-1980, les versements se sont élevés à \$1,008, laissant un solde de \$17,898 dans la Caisse.

Activités d'intérêt

Le Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement s'est réuni deux fois cette année. Formé des dirigeants provinciaux et territoriaux des régimes d'assurance-santé ainsi que des représentants du gouvernement fédéral, ce comité avait le mandat suivant:

- 1. Examiner les questions particulières confiées au Comité consultatif par la Conférence des sous-ministres de la Santé, ou considérées par un nombre suffisant de provinces comme nécessitant une unanimous d'opinion bien informée, et faire les recommandations qui s'imposent.**
- 2. Promouvoir la coordination au niveau fédéral et provincial des besoins en soins médicaux et en soins en établissement des Canadiens, à l'échelon provincial, national et international.**

3. Exchange information, or arrange for the exchange of information, which is of interest to a significant number of members of the Advisory Committee.
4. Serve as a forum that will offer a means of contact between federal and provincial governments and national health organizations.

Items of particular interest discussed at these meetings included: payment schedules and negotiated settlements with medical associations; extra-billing; confidentiality of medical records; payment for medical services in nursing homes; reciprocal process billing arrangements between provinces for in-patient services; standard out-patient rates for insured services provided in other provinces; revision of the Canadian Hospital Accounting Manual and development of a standardized management information system for health institutions; methodologies for use in health facility planning; the Canadian Red Cross Society's budgets for the Blood Transfusion and Donor Recruitment services; and continuing development of guidelines for special services in hospitals.

The Department continued to provide data on physicians' earnings and expenses of practice to provincial medical care insurance plans and provincial medical associations during the year. Similar studies of other categories of health professionals were also continued at the request of the provinces. In-depth comparative analyses of utilization and cost experience of the provincial medical care insurance plans were also undertaken. The latest available publication on this subject is Medical Care- Statistical Supplement to the Annual Report 1975-76 which may be obtained from the Publications Coordinator, Health Services and Promotion Branch, Department of National Health and Welfare, Ottawa, Ontario, K1A 1B4.

Information and views continued to be exchanged with provincial officials, representatives of professional associations, academics, and representatives of foreign governments interested in Canada's national health insurance programs. Ongoing national and international interest in these programs was reflected in the many requests for information received by the Department, which included special information requests for input to "Health Services Review '79".

Financial Experience

During the fiscal year 1979-80, federal payments made with respect to the Medical Care Program under section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977 to the provinces and territories totalled \$817,035,000.

Payments by Canada to the provinces and territories for the fiscal years 1975-76 to 1979-80 are detailed in Table I.

During the course of the year 1979/80 it was ascertained that Ontario had incorrectly claimed certain costs under the Medical Care Act for 1976/77. While this will not affect the amounts of contributions and payments previously reported to Parliament, there is a reduction in cost of insured services amounting to \$1,416,921. This reduction will result in the following changes:

3. Échanger des renseignements, ou veiller à ce que l'on échange des renseignements qui intéressent un nombre suffisant de membres du Comité consultatif.
4. Servir de point de rencontre entre le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et les organismes nationaux de santé.

Parmi les questions soulevées pendant ces réunions, mentionnons les honoraires des médecins et les règlements négociés avec les associations médicales; le dépassement de tarifs; la confidentialité des dossiers médicaux; le paiement des services médicaux offerts dans les maisons de repos; les accords entre les provinces concernant la facturation des services aux malades hospitalisés; les taux normaux des services assurés de consultation externe dispensés aux clients venant d'une autre province; la révision du Manuel de comptabilité des hopitaux du Canada et la création d'un système normalisé d'information de la gestion pour les établissements de santé; des méthodes de planification des installations sanitaires, la portion du budget de la Société canadienne de la Croix-Rouge affectée aux services de transfusion sanguine et de recrutement des donneurs de sang; et la poursuite de l'élaboration de directives concernant les services hospitaliers spéciaux.

Au cours de l'année, le Ministère a continué de fournir des données sur les gains et les dépenses des médecins aux régimes provinciaux de soins médicaux et aux associations médicales provinciales. À la demande des provinces, des études analogues sur d'autres catégories de spécialistes de la santé ont également été poursuivies. Des analyses comparatives approfondies de l'utilisation et du coût des régimes provinciaux de soins médicaux ont également été entreprises. L'ouvrage le plus récent sur cette question s'intitule Soins médicaux-Statistiques supplémentaires au rapport annuel de 1975-1976. On peut se le procurer auprès du coordonnateur des publications, Direction générale des services et de la promotion de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa (Ontario) K1A 1B4.

Des échanges de renseignements et de points de vue se sont maintenus avec les hauts fonctionnaires provinciaux, les universitaires et les représentants d'associations professionnelles et de gouvernements étrangers témoignant de l'intérêt aux programmes nationaux d'assurance-santé au Canada. L'intérêt qu'on porte à l'échelle nationale et internationale aux programmes canadiens continue de se manifester par le nombre élevé de demandes de renseignements adressées au Ministère, dont certains renseignements particuliers recueillis par la commission d'examen des services de santé.

Rapport financier

Au cours de l'année financière 1979-1980, les versements fédéraux aux provinces et territoires, en vertu de l'article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, se sont chiffrés à environ \$817,035,000.

Les versements du Canada aux provinces et aux territoires pour les années financières de 1975-1976 à 1979-1980 sont indiqués au Tableau I.

Au cours de l'année 1979-1980, on s'est rendu compte que, en 1976-1977, l'Ontario avait réclamé à tort certains montants en vertu de la Loi sur les soins médicaux. Cela ne changera rien au montant des contributions et des paiements communiqués au Parlement; toutefois, il faut réduire le coût des services assurés de \$1,416,921. Cette réduction occasionnera les changements suivants:

Table 1
Medical Care Program
Payments by Canada to Provinces in Fiscal Years 1975-76 to 1979-80

Tableau 1
Programme de soins médicaux
Versements du Canada aux provinces pour les années financières 1975-1976 à 1979-1980

	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80
Newfoundland/Terre-Neuve	\$ 19,024,375	\$ 24,148,205	\$ 15,241,534	\$ 19,052,000	\$ 22,560,000
Prince Edward Island/Île-du-Prince-Édouard	4,104,016	5,177,671	2,964,271	3,917,000	4,909,000
Nova Scotia/Nouvelle-Écosse	28,276,977	35,533,044	23,214,381	28,665,000	33,409,000
New Brunswick/Nouveau-Brunswick	23,531,870	29,746,267	18,036,137	23,100,000	28,005,000
Québec/Québec	215,650,460	270,392,168	140,026,476 ⁽³⁾	166,526,000	175,114,000
Ontario	287,661,054	359,962,321	229,277,889	276,887,000	315,750,000
Manitoba	35,701,475	45,041,515	29,676,443	35,149,000	41,357,000
Saskatchewan	32,092,221	41,881,646	25,383,448	31,867,000	38,379,000
Alberta	61,362,840	82,336,428	52,440,241	56,494,000	63,028,000
British Columbia/Columbia-Britannique	86,368,370	106,717,451	59,445,465	73,535,000	92,223,000
Yukon Territory/Territoire du Yukon	695,201	930,579	579,229	576,000	688,000
Northwest Territories/Territoires du Nord-Ouest	1,276,606	1,652,156	1,361,693	1,576,000	1,613,000
Canada	\$795,725,865	\$1,003,582,951	\$598,352,307	\$717,244,000	\$817,035,000
Consisting of:/Comportant:					
a) Advance payments on estimated contributions for the current fiscal year;/Les versements anticipés sur les contributions pour l'année financière en cours;	\$767,147,400 ⁽¹⁾	\$ 931,847,048 ⁽¹⁾	\$574,462,000 ⁽²⁾	\$707,145,000 ⁽²⁾	\$814,520,000 ⁽²⁾
and/et					
b) Adjustment payments with respect to the previous fiscal year/Les paiements de redressement pour l'année financière précédente	28,608,464 ⁽¹⁾	71,735,903 ⁽¹⁾	23,890,307 ⁽¹⁾	10,399,000 ⁽²⁾	2,515,000 ⁽²⁾
Total Payments/Sommes globales	\$795,725,865	\$1,003,582,951	\$598,352,307	\$717,544,000	\$817,035,000

(1) Represents payments under section 6 of the Medical Care Act, 1966-67.
Comprend les paiements versés en vertu de l'article 6 de la Loi sur les soins médicaux, 1966-67.

(2) Represents payments under section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis et considérés comme des paiements aux termes de la Loi sur les soins médicaux.

(3) The cash payment to Québec is lower on a per capita basis compared with other provinces. The reason for this is that under Section 7 of the FPFA/EPF Act, 1977, Quebec receives a special abatement of 8.5 personal income tax points on a fiscal year basis for Hospital Insurance, Medical Care and Post-Secondary Education. The value of these points is (1) subtracted from the cash transfer to Québec before the residual is allocated among the three established programs and (2) added to the tax transfer for the purpose of determining the sum of the cash and tax transfer.

Le paiement en espèces par habitant est moins élevé au Québec que dans les autres provinces. Si l'en est ainsi, c'est qu'en vertu de l'article 7 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces établis, la province de Québec reçoit un abattement sur les revenus fiscaux pour l'assurance-hospitalisation, les soins médicaux et les études post-secondaires. La valeur de ces points est (1) soustraite du transfert en espèces accordé à la province de Québec avant que le solde soit réparti entre les trois programmes établis, et (2) ajoutée au transfert d'imposte dans le but d'établir la somme du transfert en espèce et du transfert d'impôts.

	Reported in 1976/77 Déclaré en 1976-1977			Adjusted Amounts Montant rectifié	
Cost of Insured Services Coût des services assurés					
Ontario	\$ 710 748,376	15.7%		\$ 709,331,445	15.4%
Canada	\$ 1,920,661,919	14.5%		\$ 1,919,244,998	14.4%
Per Capita Cost Coût par personne					
Ontario	\$ 85.88	15.2%		\$ 85.71	14.9%
Canada	\$ 83.24	13.5%		\$ 83.18	13.5%

Analysis of Cost Changes³

The cost factor analysis in this report covers the fiscal years 1974-75 to 1979-80.⁴ Although all ten provinces have been operating public medical care insurance plans for a somewhat longer period, experience during the first few years, 1971-72 to 1973-74, was atypical in some respects. For example, increases in physician supply were unusually high, and changes in the price of services were unusually low. Year-to-year developments since 1974-75, for all 10 provinces combined, have tended to be more uniform than before.

Aggregate and per capita program costs, as reported by the ten provinces, increased from \$1,459.2 million, or \$64.91 per capita, in 1974-75 to \$2,754.4 million, or \$115.60 per capita, in 1979-80. For the fiscal years to 1976-77 inclusive the program costs reported by the provinces served to calculate the federal contributions under the Medical Care Act (Canada). Under the financing arrangements in effect since April 1, 1977 the federal contributions are no longer based upon reported program costs. Provinces continue to report in the autumn of each year on their program costs for the preceding fiscal year. Some provinces have made certain administrative and organizational changes which affect comparability of reported data.

The following dollar figures, and the percentage changes shown in Table 2, are based upon program costs adjusted to improve their year-to-year comparability. Adjustments consist of: an increase in the 1974-75 program costs of Ontario and the four western provinces to offset a temporary transfer of the costs of certain laboratory and radiology services from the provincial medical care insurance plans to the hospital insurance plans, and estimates of non-fee program costs in certain provinces where the figures reported for recent years are known to be incomplete. The counts of insured persons, used to calculate per capita rates, were adjusted in several cases to improve interprovincial comparability.

Adjusted program costs increased from \$1,586.0 million in 1974-75 to \$2,486.0 in 1978-79, and to \$2,767.1 in 1979-80. In per capita terms the adjusted figures were: \$71.03 in 1974-75; \$106.36 in 1978-79, and \$117.36 in 1979-80.

Analyse des variations relatives aux frais³

Dans le présent rapport, l'analyse du facteur coût couvre les années financières 1974-1975 à 1979-1980⁴. Cependant, les 10 provinces administrent un régime public de soins médicaux depuis un peu plus longtemps que cela et les premières années de l'existence du régime (1971-1972 à 1973-1974) diffèrent des années suivantes sur certains plans. Au début, par exemple, le taux d'accroissement des ressources en médecins a été exceptionnellement élevé, tandis que le coût des services s'est peu modifié. Au cours des années suivantes, l'évolution s'est faite de façon plus uniforme pour toutes les provinces.

Les frais de programme déclarés par les 10 provinces sont passés de \$1,459.2 millions (frais globaux), ou \$64.91 par personne, en 1974-1975, à \$2,754.5 millions, ou \$115.60 par personne, en 1979-1980. Jusqu'en 1976-1977 inclusivement, les frais de programme déclarés par les provinces ont servi à calculer le montant des contributions fédérales en vertu de la Loi sur les soins médicaux (Canada). Toutefois, par suite des accords fiscaux en vigueur depuis le 1^{er} avril 1977, les contributions fédérales ne sont plus établies en fonction des frais de programme déclarés. Les provinces continuent cependant de faire connaître chaque automne leurs frais de programme pour l'année financière précédente. Quelques provinces ont procédé à certains changements d'ordre administratif ou structurel qui rendent plus difficile la comparaison des données communiquées.

Les montants suivants en dollars et les variations en pourcentage qui figurent au tableau 2 sont fondés sur des frais de programme qui ont été rajustés pour faciliter la comparaison d'une année à l'autre. Pour procéder à ces rajustements, on a augmenté les frais de programme de l'Ontario et des quatre provinces de l'Ouest pour 1974-1975, de façon à compenser pour le transfert provisoire des coûts de certains services de laboratoire et de radiologie du régime provincial de soins médicaux au régime d'assurance-hospitalisation et l'on a estimé les frais de programme pour services non rémunérés à l'acte dans certaines provinces où les chiffres déclarés pour les dernières années étaient incomplets. Le total des personnes assurées, utilisé pour calculer le taux par habitant, a été rajusté dans plusieurs cas, pour rendre plus facile la comparaison entre les provinces.

Les frais de programme redressés étaient de \$1,586 millions en 1974-1975, de \$2,486 millions en 1978-1979 et de \$2,767.1 millions en 1979-1980. Quant aux coûts rajustés par habitant, ils étaient de \$71.03 en 1974-1975, de \$106.36 en 1978-1979 et de \$117.36 en 1979-1980.

³Excludes Yukon and Northwest Territories.
⁴Years ending March 31.

³Le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest exclus.
Années finissant le 31 mars.

Table 2/Tableau 2
 Average Annual Rates of Change of Adjusted Aggregate and Per Capita Costs
 Taux annuels de variation des frais globaux et frais par habitant entièrement redressés

	Per Cent Change per Year ⁵ Variation annuelle en pourcentage		
	1974-75 to/à 1978-79	1978-79 to/à 1979-80	1974-75 to/à 1979-80
Aggregate Costs Frais globaux	11.9	11.3	11.8
Per Capita Costs Frais par habitant	10.6	10.3	10.6

Total Medical Care Program costs consist of fee payments to physicians, non-fee payments to physicians, and the costs of certain dental services performed in hospitals. During the period under review, non-fee payments to physicians and the costs of dental services, taken together, accounted for about 5.9 per cent to 6.3 per cent of total program costs.

Table 3 shows changes in adjusted fee payments to physicians, and the contributions made by selected factors to such changes. Each group of factors from (a) to (e) represents an alternative explanation of changes in aggregate fee payments to physicians. For example, increases in aggregate fee payments may be looked at as resulting from changes in price and utilization, or from changes in the number of physicians and in payments per physician.

Le coût total du Programme de soins médicaux comprend les paiements aux médecins rémunérés à l'acte, les paiements aux médecins non rémunérés à l'acte et les frais de certains services dentaires offerts dans les hôpitaux. Au cours de la période prise en considération, la somme des paiements aux médecins non rémunérés à l'acte et des frais des services dentaires représentait 5,9 à 6,3% des frais de programme globaux.

Le tableau 3 montre des changements au niveau des paiements redressés qui sont versés aux médecins rémunérés à l'acte, ainsi que le rôle de facteurs donnés dans les changements de coûts.

Chacun des groupes de facteurs, soit de (a) jusqu'à (e), représente une manière différente d'expliquer les changements au niveau de l'ensemble des paiements aux médecins rémunérés à l'acte. Ainsi, l'augmentation de ces paiements peut être considérée comme le résultat de changements au niveau du prix et de l'utilisation, ou de changements au niveau du nombre de médecins et de paiements par médecin.

⁵Average annual rates of change in this section are calculated by means of the "compound interest" method.

⁵Les taux annuels moyens de variation de la présente section ont été établis au moyen de la méthode des intérêts composés.

Table 3/Tableau 3
 Average Annual Rates of Change of Selected Factors Contributing to Changes in Fee Payments
 Taux annuels de variation de certains facteurs contribuant aux variations des versements aux médecins

	Per Cent Change per Year ⁶ Variation annuelle en pourcentage		
	1974-75 to/à 1978-79	1978-79 to/à 1979-80	1974-75 to/à 1979-80
Aggregate Fee Payments to Physicians Ensemble des paiements à l'acte aux médecins	11.8	11.4	11.7
(a) Insured Population Population assurée	1.2	.9	1.1
Per Capita Fee Payments Paiements à l'acte par habitant or/ou	10.5	10.5	10.5
(b) Price/Prix Utilization/Utilisation or/ou	6.8 4.7	6.7 4.4	6.8 4.6
(c) Physician Supply Effectif de médecins Fee Payments per Physician Paiements à l'acte par médecin or/ou	3.2 8.3	2.9 8.3	3.1 8.3
(d) Population Price/Prix Per Capita Utilization Utilisation par habitant or/ou	1.2 6.8 3.5	.9 6.7 3.5	1.1 6.8 3.5
(e) Population Price/Prix Per Capita Physician Supply Effectif de médecins par habitant Utilization per Physician Utilisation par médecin	1.2 6.8 2.0 1.4	.9 6.7 2.6 1.5	1.1 6.8 2.6 1.5

⁶ The percentages in each group of factors do not add up to the percentage changes in Aggregate Fee Payments to Physicians. This arises because the effect of the factors upon Aggregate Fee Payments to Physicians are not additive but compounded.

Si le total des pourcentages de chaque groupe de facteurs ne correspond pas à la variation en pourcentage de l'ensemble des paiements à l'acte aux médecins, c'est parce que les effets des facteurs sur l'ensemble des paiements à l'acte aux médecins ne sont pas additifs mais composés.

The physician supply factor shows changes in the number of full-time equivalent physicians.⁷ The price factor measures changes in the fee-for-service payment schedules of provincial medical care insurance plans. It does not measure changes in the average cost of services which may result from changes in patterns of practice or in the billing habits of physicians. The utilization factor is a residual, and is not measured independently, i.e. it is not determined by counting changes in the number of services provided by physicians. Consequently, it may not only reflect changes in the volume of services, but also include the price-effect of changes in the patterns of practice and billing habits of physicians. Per capita utilization, i.e. the estimated volume of fee services per insured person, is believed to grow or decline as a result of changes such as: age-sex and urban-rural distribution of the covered population; people's expectations; technological progress; and changes in the per capita physician supply.

As shown in Table 3, overall rates of change and changes in the various factors were almost the same from 1978-79 to 1979-80 as in the preceding four-year period. The only notable differences occurred in the rates of change of the covered population and the overall number of physicians.

To put the percentage changes shown in Table 3 into perspective: The Canadian Gross National Product increased at a rate of 12.2 per cent per year from 1974 to 1979, and the Consumer Price Index (all items) increased at an annual rate of 8.9 per cent during the same period.

Le facteur "effectif de médecins" montre les changements au niveau du nombre de médecins équivalents temps plein.⁷ Le facteur "prix" mesure les changements au niveau du barème de rémunération à l'acte des régimes provinciaux d'assurance de soins médicaux, mais non les changements au niveau du coût moyen des services, qui peuvent être imputables aux changements de mode d'exercice ou de mode de facturation des médecins. Le facteur "utilisation" est un résidu, et n'est pas mesuré d'une manière indépendante, c'est-à-dire qu'il n'est pas obtenu en comptant les changements au niveau du nombre de services fournis par les médecins. En conséquence, ce facteur reflète non seulement les changements au niveau du volume des services, mais comprend peut-être aussi l'effet des changements de mode d'exercice et de mode de facturation des médecins sur les prix. L'utilisation par habitant, c'est-à-dire le volume estimatif, par personne assurée, des services fournis par les médecins rémunérés à l'acte peut s'accroître ou diminuer à la suite de changements, comme ceux qui interviennent dans la répartition selon l'âge et le sexe et la distribution urbaine-rurale de la population assurée, des progrès technologiques et des changements au niveau de l'effectif de médecins par habitant.

Comme le tableau 3 nous permet de le constater, les taux de variation globaux et les taux de variation des différents facteurs pour l'année 1978-1979 à 1979-1980 et la période de 1974-1975 à 1978-1979 sont presque identiques. Les seuls totaux qui diffèrent sensiblement sont le taux de variation de la population protégée et le taux de variation du nombre total de médecins.

Pour avoir une meilleure idée de ce que signifient les variations en pourcentage mentionnées au tableau 3, disons que le produit national brut a augmenté de 12,2% par année de 1974 à 1979 et que l'indice des prix à la consommation (tous les articles) s'est accru de 8,9% par année au cours de la même période.

7 The number of full-time equivalent physicians is not an actual count, but is a calculated figure which takes into account the costs of services performed by physicians in full-time and part-time fee practice.

7 Le nombre de médecins équivalents temps plein ne constitue pas un chiffre réel; il s'agit d'un chiffre calculé qui tient compte des contributions respectives des médecins rémunérés à l'acte et exerçant à temps plein et à temps partiel.

In Table 4 the data shown in Table 3 are expressed in dollar terms and in the corresponding percentage distributions. In each period the sum of the dollar amounts and of the percentages for each of the groups of factors from (a) to (e) are the same as the figures shown for "Aggregate Fee Payments to Physicians". In attributing dollar effects to changes in the insured population and to changes in physician supply it is assumed, for purposes of the data shown in Table 4, that each additional insured person or physician tends to generate the same average fee payments per person or per physician as were generated by those already insured or practising in the base period.

Les données présentées au Tableau 3 sont exprimées en termes monétaires dans le Tableau 4; on y ajoute également le pourcentage correspondant. Dans chaque période, la somme des montants et des pourcentages de chacun des groupes de facteurs, soit de (a) à (e), correspond à ce qui est indiqué à la première ligne "Ensemble des paiements à l'acte aux médecins". En attribuant les effets monétaires aux changements au niveau de la population assurée et aux changements au niveau de l'effectif de médecins, on suppose, aux fins des données indiquées au Tableau 4, que chaque personne assurée additionnelle, ou chaque médecin additionnel, a tendance à produire les mêmes paiements moyens par personne ou par médecin que ceux qui produisent les personnes déjà assurées ou exerçant déjà au cours de la période de base.

Table 4/Tableau 4

Extent to which Selected Factors Contributed to Increases in Aggregate Fee Payments to Physicians
Contribution de certains facteurs choisis à l'accroissement des versements totaux aux médecins rémunérés à l'acte

	Annual Averages Moyennes annuelles					
	1974-75 to/à 1978-79 (\$ millions)	1978-79 to/à 1979-80 (\$ millions)	1974-75 to/à 1979-80 (\$ millions)	1978-79 to/à 1979-80 (\$ millions)	1974-75 to/à 1979-80 (\$ millions)	1978-79 to/à 1979-80 (\$ millions)
Increases in Aggregate Fee Payments to Physicians						
Augmentation de l'ensemble des paiements à l'acte aux médecins	\$ 209.3	100.0	\$ 266.0	100.0	\$ 220.6	100.0
Attributable to Changes in: Imputables aux changements au niveau des facteurs suivants:						
(a) Insured Population Population assurée Per Capita Fee Payments Paiements à l'acte par habitant or/ou	\$ 21.2 188.1	10.1 89.9	\$ 21.1 244.9	7.9 92.1	\$ 21.3 199.3	9.7 90.3
(b) Price/Prix Utilization/Utilisation or/ou	\$ 123.4 85.9	59.0 41.0	\$ 158.8 107.2	59.7 40.3	\$ 130.5 90.1	59.2 40.8
(c) Physician Supply Effectif de médecins Fee Payments per Physician Paiements à l'acte par médecin or/ou	\$ 59.7 149.6	28.5 71.5	\$ 70.4 195.6	26.5 73.5	\$ 61.9 158.7	28.1 71.9
(d) Population Price/Prix Per Capita Utilization Utilisation par habitant or/ou	\$ 21.2 123.4	10.1 59.0	\$ 21.1 158.8	7.9 59.7	\$ 21.3 130.5	9.7 59.2
(e) Population Price/Prix Per Capita Physician Supply Effectif de médecins par habitant Utilisation per Physician Utilisation par médecin	\$ 21.2 38.5 26.2	10.1 18.4 12.5	\$ 21.1 49.3 36.8	7.9 18.5 13.8	\$ 21.3 40.6 28.2	9.7 18.4 12.8

During the five-year period from 1974-75 to 1979-80, fee payments to physicians rose from \$1,492.5 million to \$2,595.5 million, a total increase of \$1,103.0 million, or \$220.6 million per year. Of the total increase of \$1,103.0 million, 9.7 per cent, or \$106.5 million, was accounted for by population growth, and a further 59.2 per cent, or \$652.5 million, was due to price changes. The remaining 31.2 per cent, corresponding to \$344 million, was the result of changes in the utilization per insured person. As mentioned before, this latter may not consist entirely of volume changes, but may include the price effects of changes in patterns of practice and in billing habits of physicians. Also, increases in the utilization per insured person are believed to be strongly influenced by increases in the per capita supply of physicians. Assuming a direct relationship between the just mentioned two ratios, the data in Table 4 show that changes in the per capita supply of physicians accounted for 18.4 per cent, or \$203.0 million of the total increase in fee payments from 1974-75 to 1979-80, while changes in the utilization per physician accounted for 12.8 per cent, or \$141.0 million.

Alternatively, the data in Table 4 suggest that changes in the total number of physicians accounted for an increase of 28.1 per cent, or \$309.5 million in fee payments to physicians, and that changes in fee payments per physician accounted for the remaining 71.9 per cent, or \$793.5 million.

It was stated earlier that changes in the age-sex composition of insured population may be one of the factors which influence changes in the utilization per person. According to Statistics Canada estimates of changes in the age-sex distribution of the Canadian population (assumed to be representative of changes in the age-sex distribution of the insured population of the ten provincial medical care insurance plans), the proportion of persons in the "under 15" age group declined from 27.2 per cent in June 1974 to 23.5 per cent in June 1979. The proportion of persons in the "15 to 44" age group increased from 45.3 per cent in 1974 to 48.0 per cent in 1979. The proportion of the population in the "45 to 64" age group increased only slightly from 19.0 to 19.2 per cent, while those aged "65 and over" increased their share from 8.4 per cent in 1974 to 9.3 per cent in 1979. There was a small increase in the proportion of females (the per capita costs of females tend to be about 40 per cent higher than those of males) from 50.1 per cent in 1974 to 50.3 per cent in 1979. Using age-sex specific data on the utilization of fee services by the beneficiaries of three provincial medical care insurance plans (Quebec, Saskatchewan, Alberta), it is estimated that the changes in the age-sex composition of the population may have been responsible for an increase of a little under 2.4 per cent in per capita fee payments to physicians from 1974-75 to 1979-80, or about 0.47 per cent per year. In terms of the figures shown in Table 4, this suggests that changes in the age-sex distribution of the insured population raised fee payments by about \$47 million, or 4.3 per cent of the total increase of \$1,103 million, from 1974-75 to 1979-80.

Au cours des cinq années qui se sont écoulées entre 1974-1975 et 1979-1980, les paiements à l'acte aux médecins ont augmenté de \$1,492.5 millions à \$2,595.5 millions, ce qui représente une augmentation totale de \$1,103 millions, ou environ \$220.6 millions par année; 9,7% de ces \$1,103 millions ou \$106.5 millions, sont imputables à l'accroissement de la population, et 59,2%, soit environ \$652.5 millions, aux changements de prix. Les 31,2% restants, qui correspondent à \$344 millions, ont été occasionnés par des changements au niveau de l'utilisation par personne assurée. Comme il a été mentionné plus tôt, ce dernier chiffre ne comprend pas seulement des changements de volume; il peut aussi comprendre l'effet de changements au niveau du mode d'exercice et du mode de facturation des médecins sur les prix. En outre, on considère que les augmentations au niveau de l'utilisation par personne assurée sont fortement influencées par des augmentations au niveau de l'effectif de médecins par habitant. En supposant qu'il existe un lien direct entre les deux taux que nous venons de mentionner, les données du Tableau 4 indiquent que les changements de l'effectif de médecins par habitant représentent 18,4%, ou \$203 millions, de l'augmentation totale des paiements à l'acte, entre 1974-1975 et 1979-1980, alors que les changements au niveau de l'utilisation par médecin représentent 12,8%, ou \$141 millions.

D'autre part, les données du Tableau 4 indiquent que les changements au niveau du nombre total de médecins sont responsables d'une augmentation de 28,1%, ou de \$309,5 millions, au niveau des paiements versés aux médecins rémunérés à l'acte, et que les changements au niveau des paiements à l'acte par médecin sont responsables des 71,9% restants, soit \$793,5 millions.

Il a été mentionné plus tôt que les changements au niveau de la composition selon l'âge et le sexe de la population assurée pouvaient être l'un des facteurs qui influaient sur les changements au niveau de l'utilisation par personne. Selon les estimations de Statistique Canada concernant les changements au niveau de la distribution selon l'âge et le sexe de la population canadienne (considérée comme représentative des changements intervenus dans la distribution selon l'âge et le sexe de la population assurée par les dix régimes provinciaux d'assurance de soins médicaux), la proportion de personnes du groupe d'âge "de moins de 15 ans" est passée de 27,2% en juin 1974 à 23,5% en juin 1979. La proportion de personnes du groupe d'âge des "15 à 44 ans" est passée de 45,3% en 1974 à 48% en 1979. Quant à la proportion des personnes âgées de "45 à 64 ans", elle n'a augmenté que légèrement, puisqu'elle est passée de 19 à 19,2%, tandis que celle des personnes âgées de "65 ans et plus" est passée de 8,4% en 1974 à 9,3% en 1979. On a aussi remarqué une légère augmentation de la proportion des femmes (le coût par habitant de sexe féminin tend à être de 40% plus élevé que le coût par habitant de sexe masculin), celle-ci étant passée de 50,1% en 1974 à 50,3% en 1979. En utilisant des données spécifiques selon l'âge et le sexe concernant l'utilisation des services payés à l'acte par les bénéficiaires de trois régimes provinciaux de soins médicaux (Québec, Saskatchewan et Alberta), on estime que ces changements au niveau de la composition selon l'âge et le sexe de la population peuvent être la cause d'une augmentation d'un peu moins de 2,4% des paiements par habitant versés aux médecins rémunérés à l'acte entre 1974-1975 et 1979-1980, soit environ 0,47% par année. Par rapport aux chiffres indiqués au Tableau 4, cela laisse entendre que les changements au niveau de la distribution selon l'âge et le sexe de la population assurée ont fait augmenter les paiements à l'acte d'environ \$47 millions, ou de 4,3% de l'augmentation totale de \$1,103 millions, entre 1974-1975 et 1979-1980.

Aggregate fee payments to physicians, and the factors which tend to influence the level of fee payments, changed at rates which varied from province to province.

Table 5 shows median, minimum and maximum values in the annual rate of change of selected factors during the five-year period from 1974-75 to 1979-80.

Table 5/Tableau 5

Interprovincial Variations in Average Annual Rates of Change of Selected Factors

Variations interprovinciales au niveau des taux de changement annuels moyens de facteurs donnés

L'ensemble des paiements versés aux médecins rémunérés à l'acte, ainsi que les facteurs qui ont eu tendance à influer sur le niveau des paiements à l'acte, ont changé à des taux qui varient d'une province à une autre.

Le Tableau 5 montre les valeurs minimale, maximale et médiane du taux de changement annuel de facteurs donnés, au cours des cinq années qui se sont écoulées entre 1974-1975 et 1979-1980.

Aggregate Fee Payments to Physicians
Ensemble des paiements à l'acte aux médecins

Per Cent Change per Year,
Changement en pourcentage par année
1974-75 to/à 1979-80

Insured Population/Population assurée

Median Valeurs médianes	Range Variations
----------------------------	---------------------

11.9 9.5 to/à 14.8

Per Capita Fee Payments
Paiements à l'acte par habitant

1.2 .4 to/à 3.2

Physician Supply/Effectif de médecins

10.6 9.0 to/à 13.1

Per Capita Physician Supply
Effectif de médecins par habitant

3.2 1.8 to/à 6.0

Fee Payments per Physician
Paiements à l'acte par médecin

1.6 .4 to/à 4.8

Price/Prix

8.7 5.9 to/à 11.6

Utilization/Utilisation

7.3 4.8 to/à 8.9

Per Capita Utilization/Utilisation par habitant

4.3 2.9 to/à 5.8

Utilization per Physician
Utilisation par médecin

3.2 1.6 to/à 4.6

1.3 -.2 to/à 2.1

For the entire five-year period, the difference between the minimum and maximum rates of change were relatively small for some of the items, e.g. aggregate and per capita fee payments to physicians. The differences in particular years tended to be considerably larger. For example, from 1978-79 to 1979-80, percentage changes in aggregate fee payments to physicians ranged from 4.1 per cent in one province to 17.4 per cent in another province, and changes in per capita fee payments ranged from 3.8 per cent to 17.8 per cent. Price changes in the same year ranged from about 2.3 per cent to 12.0 per cent.⁸

The effect upon per capita fee-for-service program costs in 1979-80 of the changes which occurred in the preceding five-year period, as well as the effect of the situation which existed at the beginning of the period can be seen in the following data:

- range of per capita fee costs
1974-75 = \$40 to \$79
(a difference of close to 100%)
- range of per capita fee costs
1979-80 = \$63 to \$146
(a difference of about 130%)

The foregoing wide ranges are to some extent a reflection of variations in coverage. Specifically, there are large interprovincial differences in the extent to which radiology and laboratory services are covered under the Medical Care and Hospital Insurance programs respectively. The following data exclude the costs of virtually all radiology and laboratory services:

- 1974-75 = \$40 to \$66
(a difference of about 65%)
- 1979-80 = \$63 to \$118
(a difference of 87%)

⁸ For purposes of this analysis the price factor is designed to measure the impact of changes in physicians' payment schedules upon program costs in particular years. Consequently, the price change factor for a year is calculated by taking into account the date of introduction of payment schedule revisions, as well as average delay-times between date-of-service and date-of-payment (payment schedule revisions are generally implemented on a date-of-service basis while fee-for-service program costs are reported on a date-of-payment basis). Accordingly, the figures quoted here may not coincide with the announced size of particular payment schedule revisions.

⁹ The figures for Newfoundland are not included because a high proportion of medical services are provided by non-fee physicians. As a result, per capita fee costs are unusually low.

Pour toute la période de cinq ans, la différence entre les taux minimum et maximum de changement est relativement minime pour certains facteurs comme l'ensemble des paiements à l'acte aux médecins et les paiements à l'acte par habitant. Pour certaines années en particulier, la différence est plus considérable. Par exemple, de 1978-1979 à 1979-1980, le changement en pourcentage pour l'ensemble des paiements à l'acte aux médecins est de 4,1% dans une province, alors qu'il est de 17,4% dans une autre, et le taux de changement pour les paiements à l'acte par habitant va de 3,8% à 17,8%. Au cours de la même année les changements de prix se sont échelonnés entre 2,3% environ et 12%.

Les effets, en 1979-1980, des changements qui se sont produits durant la période précédente de cinq années sur les frais de programme par habitant, pour services rémunérés à l'acte de même que les effets de la situation qui existait au début de la période sont reflétés dans ce qui suit :

- frais minimums et maximums par habitant des paiements aux médecins rémunérés à l'acte
1974-1975 = \$40 à \$79
(une différence de près de 100%)
- frais minimums et maximums par habitant des paiements aux médecins rémunérés à l'acte
1979-1980 = \$63 à \$146
(une différence d'environ 130%)

Ces écarts considérables reflètent, dans une certaine mesure, les différences dans les services assurés. C'est ainsi que les services de radiologie et de laboratoire ne sont pas assurés au même degré par toutes les provinces dans le cadre de leur programme d'assurance de soins médicaux et de leur programme d'assurance-hospitalisation. Les frais de pratiquement tous les services de radiologie et de laboratoire ont été retranchés des chiffres ci-dessous:

- 1974-1975 = \$40 à \$66
(une différence d'environ 65%)
- 1979-1980 = \$63 à \$118
(une différence de 87%)

⁸ Pour les fins de la présente analyse, le facteur prix a été conçu pour mesurer l'impact des changements au niveau des honoraires des médecins sur les frais de programme pour des années en particulier. Par conséquent, on calcule le changement de prix pour une année donnée en tenant compte de la date des paiements (les honoraires révisés entrent généralement en vigueur à la date des services, tandis que les frais de programme pour services rémunérés à l'acte sont déclarés à la date du paiement). En conséquence, les chiffres cités ici peuvent ne pas coïncider avec les révisions d'honoraires annoncées.

⁹ Les chiffres pour Terre-Neuve sont exclus, parce qu'une forte proportion de services médicaux y sont offerts par des médecins non rémunérés à l'acte. Résultat, les frais par habitant des paiements aux médecins rémunérés à l'acte y sont exceptionnellement peu élevés.

SUMMARY OF PROVINCIAL HEALTH INSURANCE PLANS (January 1, 1980)
RÉSUMÉ DES RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-SANTÉ (le 1^{er} JANVIER 1980)

NOTE: The summary does not include many other health services which are provided by provinces other than through the health insurance system, either on a universal basis (e.g. public health services, mental health services, communicable disease control); or on an age-related basis (e.g. dental health plan for children); or according to disease or condition (e.g. drugs for specified chronic diseases); or on a regional basis within a province (e.g. home care services, ambulatory care services); or on an income-related basis.

REMARQUE: Le présent résumé ne comprend pas un grand nombre d'autres services de santé que fournissent les provinces à l'extérieur du système d'assurance-santé, sur une base universelle (comme des services d'hygiène publique, d'hygiène mentale ou de lutte contre les maladies transmissibles), sur une base régionale au sein d'une province (comme des services d'aide à domicile et des services de soins ambulatoires), ou en fonction de l'âge (comme les programmes de soins dentaires pour les enfants), du revenu ou d'une maladie ou affection (par exemple, médicaments relatifs à des maladies chroniques particulières)

NEWFOUNDLAND

Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (a): Standard benefits paid at Newfoundland rate.

Additional benefits (b): Children's Dental Health Program available to children up to and including 12 years of age. This program is administered by the Department of Health. There is a \$2.00 fee per item of service.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Laboratory, radiological, and other diagnostic procedures, including the necessary interpretations; radiotherapy and physiotherapy where available; occupational therapy, where available, out-patient visits, emergency visits, operating room facilities including supplies, plaster casts, drugs and medical and surgical supplies administered in hospital.

Out-of-province benefits (c): Same benefits as provided in the province.

Authorized charges: Standard ward charge of \$3.00 per day, up to a maximum of 15 days per admission (including transfer to another hospital in which case cumulative charge limit of \$45 also applies). Re-admission within 60 days of discharge in connection with the same illness or condition will be limited to the \$45 maximum charge. Patients aged 65 years and over and patients certified by the Department of Social Services as being unable to pay will not be subject to the \$3.00 ward charge.

TERRE-NEUVE

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): Tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (a): services assurés ordinaires payés au tarif prévu par Terre-Neuve.

Services assurés supplémentaires (b): Un programme d'hygiène dentaire disponible pour les enfants jusqu'à l'âge de 12 ans inclusivement. Ce programme est administré par le ministère de la Santé. Il y a des honoraires à l'acte de \$2 par service.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: Les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: les tests de laboratoire, la radiographie et d'autres services de diagnostic, y compris les analyses nécessaires; la radiothérapie, la physiothérapie et l'ergothérapie si ces services sont disponibles; les visites à l'unité de consultation externe et à l'urgence; l'usage du bloc opératoire y compris l'équipement, les fournitures, les plâtres et les médicaments ainsi que le matériel médical et chirurgical offert par l'hôpital.

Services assurés hors de la province (c): Les mêmes services que ceux qui sont assurés dans la province.

Frais autorisés: la somme de \$3 par jour pour la salle, jusqu'à un maximum de 15 jours par admission (y compris le transfert à un autre hôpital, auquel cas les frais cumulatifs sont également limités à \$45). En cas de réadmission pour le même état ou la même maladie dans les 60 jours qui suivent le congé, la somme maximale exigée sera de \$45. Les patients qui sont âgés de 65 ans et plus et ceux qui sont reconnus par le ministère des Services sociaux comme étant incapables de payer n'auront pas à débourser cette somme de \$3.

PRINCE EDWARD ISLAND

Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (a):

Within Canada: Physician services paid at rates authorized by the host province. Referrals for services available in P.E.I. paid at P.E.I. rate.

Outside Canada: Paid at P.E.I. rate. Referrals for services not available in Canada at rates established by Commission.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Laboratory procedures as specified, radiological procedures as specified, including use of radioactive isotopes; drugs, biologicals and related preparations for emergency diagnosis and treatment; all other services specified as in-patient services.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Standard ward rate or rate authorized for out-patient services of host province in case of: 1) emergency, 2) referral with prior approval of Commission for conditions that cannot be treated adequately in P.E.I. Otherwise, daily rates established by Commission based on the average of the three major hospital per diem rates in effect at time service rendered.

Outside Canada: In-patient services only to maximum of:

1) emergency - up to \$100 per day towards costs of hospital room charges and 75% of balance of cost of insured services. 2) referral with prior approval of Commission for conditions that cannot be adequately treated in Canada - standard ward rate for hospital and all necessary essential services. Otherwise, daily rates established by Commission based on the average of the three major hospital per diem rates in effect at time service rendered.

Authorized charges: none

See notes on page 35

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): Tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (a):

Au Canada: Services de médecin payé au tarif autorisé par la province hôte. Orientations pour services offerts par l'Île-du-Prince-Édouard payées au tarif prévu par cette province.

A l'extérieur du Canada : Services payés au tarif prévu par l'Île-du-Prince-Édouard. Orientations pour services non offerts au Canada payées au tarif prévu par la Commission.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: Les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: Les tests de laboratoire tels qu'ils sont précisés, les services de radiologie tels qu'ils sont précisés, y compris l'utilisation d'isotopes radioactifs; les médicaments, les substances biologiques et les autres préparations connexes à un diagnostic et un traitement d'urgence; tous les autres services qui sont approuvés comme services dispensés aux malades hospitalisés.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: Le tarif de la salle ou les frais autorisés par la province hôte pour les services de consultation externe pour: 1) les cas d'urgence, et pour 2) les patients dirigés ailleurs avec l'approbation de la Commission, du fait que leur état ne peut pas être traité de façon adéquate dans l'Île-du-Prince-Édouard. Pour les autres cas, les tarifs quotidiens établis par la Commission d'après la moyenne des per diem en vigueur dans les trois plus grands hôpitaux au moment de la prestation des services.

Hors du Canada: Services dispensés aux malades hospitalisés seulement jusqu'à un maximum:

1) pour les cas d'urgence-de \$100 par jour pour le tarif d'une chambre d'hôpital et 75% des coûts restants des services assurés; 2) pour les patients dirigés ailleurs avec l'approbation de la Commission du fait que leur état ne peut pas être traité de façon adéquate au Canada - le tarif de la salle dans un hôpital et tous les services essentiels nécessaires. Pour les autres cas, les tarifs quotidiens établis par la Commission d'après la moyenne des per diem en vigueur dans les trois plus grands hôpitaux au moment de la prestation des services.

Frais autorisés: aucun

Voir notes à la page 35

NOVA SCOTIA

Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (a):

Within Canada: Standard benefits paid at tariff of host province.

Outside Canada: Elective service covered at the Nova Scotia rate. Referrals and accidents or emergencies at provincial tariff plus 75% of difference.

Additional benefits (b): Optometric visual analysis; Dental plan for children born after January 1, 1967, or students registered with the School for the Blind; Pharmacare plan for residents 65 years and over; Cystic fibrosis program; Diabetes insipidus drug program; Harelip/cleft palate dental program; dental services for certain persons (adults and children) suffering from severe mental retardation when hospitalization is required.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Broad range of essential services as approved by regulation including: medically necessary laboratory, electro-encephalographic and radiological examinations, radiotherapy for malignant and non-malignant conditions, electrocardiograms, physiotherapy facilities where available, various drugs, hospital services including meals for day patient care for diabetes, hemodialysis, ultrasonic diagnostic procedures and interpretations and electrocardiograms and interpretations, as well as specified hospital services when required for emergency diagnoses and treatment within 48 hours of an accident and specified hospital services in connection with various minor medical and surgical procedures.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Inpatient only for (a) emergencies and (b) with prior approval from plan of a medically necessary referral outside Nova Scotia from a Nova Scotia physician. Out-patient services at specified rates.

Outside Canada: Up to \$100 per day plus 75% of the remainder except for infants less than 15 days old, then up to \$11 per day. Payment is limited to the cost of ward accommodation or where no ward accommodation exists to the lowest semi-private rate available. Out-patient services covered at 100% of charges for medically necessary services.

Authorized charges: none

See notes on page 35

NOUVELLE-ÉCOSSE

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): Tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (a):

Au Canada: Services assurés ordinaires payés au tarif prévu par la province hôte.

À l'extérieur du Canada: services non urgents payés au tarif prévu par la Nouvelle-Écosse. Orientations et accidents ou urgences payés au tarif provincial, plus 75% de la différence.

Services assurés supplémentaires (b): L'examen du champ visuel effectué par un optométriste. Le Régime d'assurance dentaire pour enfants nés après le 1^{er} janvier 1967, ou pour les étudiants inscrits au School for the Blind (École pour aveugles); le Régime de médicaments prescrits (Pharmacare) pour les résidents âgés de 65 ans et plus; le programme de la fibrose kystique; le programme de médicaments pour les personnes qui souffrent de diabète insipide; le programme de soins dentaires pour les personnes affligées d'un bec-de-lièvre et/ou d'une fissure palatine; les services dentaires fournis à certaines personnes (adultes et enfants) atteintes d'arriération mentale grave, lorsque leur hospitalisation est requise.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: Les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: Un vaste éventail de services essentiels approuvés par règlement, et qui sont requis du point de vue médical y compris: les tests de laboratoire et les examens électro-encéphalographiques et radiologiques; la radiothérapie pour les affections malignes et bénignes, les électrocardiogrammes, les installations de physiothérapie, s'il y en a; divers médicaments, les services hospitaliers, y compris les repas pour diabétiques en traitement de jour, l'hémodialyse, les procédés diagnostiques au moyen des ultrasons et l'analyse des résultats, les électrocardiogrammes et l'analyse des résultats ainsi que les services hospitaliers approuvés lorsqu'ils sont nécessaires pour le diagnostic et le traitement de cas d'urgence dans les 48 heures suivant un accident et les services hospitaliers approuvés qui sont nécessaires à diverses interventions chirurgicales ou médicales d'ordre mineur.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: Les services dispensés aux malades hospitalisés seulement pour: a) les cas d'urgence et pour b) les cas qui sont dirigés vers une autre province pour des raisons médicales par un médecin de la Nouvelle-Écosse et avec l'approbation préalable de la Commission.

Hors du Canada: Le tarif de la salle jusqu'à concurrence de \$100 par jour, plus 75% des frais restants sauf pour les nourrissons de moins de 15 jours qui sont couverts jusqu'à concurrence de \$11 par jour. Le paiement est limité au coût de la salle ou, s'il n'existe pas de salle, au tarif de chambre à deux lits le plus bas possible. Les frais des services externes médicalement nécessaires sont assurés à 100%.

Frais autorisés: aucun

Voir notes à la page 35

NEW BRUNSWICK

Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province-benefits (a): (See Hospital Insurance for conditions of payment)

Within Canada: Services not available in New Brunswick paid at rate of host province. Other services paid at New Brunswick rate. Services of pathologists and radiologists not available in province paid at 90% of charges. Those available in New Brunswick paid at 80%.

Outside Canada: Services not available paid at Ontario or Quebec plan rate. Other services paid at New Brunswick fee schedule. Pathologist and radiologist services not available in province paid at 70%; those available paid at 60%.

Additional benefits (b): Prescription Drug Program for beneficiaries who are 65 years and over, for those with cystic fibrosis and for those who are social service benefit recipients. Other approved benefits for those in receipt of Social Assistance.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: All approved available services.

Out-of-province benefits (c):

In Canada: Complete in-patient coverage at standard ward rate approved by hospital's provincial plan. Out-patient: Total amount charged for entitled services at rates approved by hospital's provincial plan.

Outside Canada: In-patient coverage: All-inclusive rate not in excess of the average standard ward rate, rounded to the nearest dollar, of the three largest New Brunswick hospitals. Out-patient coverage: Entitled out-patient services at New Brunswick rates. The rates for out-of-province benefits, both for medical care and hospital insurance, apply only in the case of: (a) emergency, (b) temporary absence from province for education, (c) referral by a New Brunswick physician with prior approval of the Department of Health, (d) special services not being available in New Brunswick, (e) the treatment being required up to the first day of the third month following the month of arrival at a new residence following a permanent move.

NOUVEAU-BRUNSWICK

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): Tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (a): (Voir l'Assurance-hospitalisation pour conditions de paiement)

Au Canada: Services non offerts au Nouveau-Brunswick payés au tarif prévu par la province hôte. Autres services payés au tarif prévu par le Nouveau-Brunswick. Services de pathologie et de radiologie non offerts dans la province payés à 90%; services offerts dans la province payés à 80%.

Services assurés supplémentaires (b): Programme de médicaments prescrits pour les bénéficiaires âgés de 65 ans et plus, pour ceux atteints de fibrose kystique et pour les bénéficiaires de prestations d'aide sociale. Autres services approuvés pour les assistés sociaux.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: Les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: Tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services hors de la province (c):

Au Canada: Services dispensés aux malades hospitalisés: La protection complète au tarif de la salle approuvé par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province. Services de consultation externe: La totalité des frais des services assurés au tarif approuvé par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province.

Hors du Canada: Services dispensés aux malades hospitalisés: Tous les frais ne dépassant pas le tarif moyen de la salle (au dollar le plus près) des trois plus grands hôpitaux du Nouveau-Brunswick. Services de consultation externe: Les services assurés des cliniques de consultation externe aux tarifs du Nouveau-Brunswick. Les prestations pour les services reçus à l'extérieur de la province, que ce soit pour des services couverts par le Régime de soins médicaux ou le Régime d'assurance-hospitalisation, ne s'appliquent que dans les cas suivants: a) les cas d'urgence, b) l'éloignement temporaire de la province pour raison d'études, c) l'orientation vers une autre province, par un médecin du Nouveau-Brunswick, avec l'approbation préalable du ministère de la Santé, d) l'absence de services spéciaux disponibles au Nouveau-Brunswick, e) l'administration de soins jusqu'au premier jour du troisième mois suivant le mois d'arrivée à la nouvelle résidence, à la suite d'un départ permanent.

Authorized charges: In-patient admission charge of \$10 if under 65 years of age, and \$4 if 65 years or older. Out-Patient charge of \$6 if under 65 years of age, and \$2 if 65 years or older. Exemptions granted for persons and their dependents in receipt of social assistance and for other specified situations. A single out-patient charge applies for specified multiple-type services. (\$8.55 per day may be charged by hospitals in New Brunswick to long-term hospital patients waiting placement in nursing homes.)

See notes on page 35

Frais autorisés: Pour les services dispensés aux malades hospitalisés, des frais d'admission de \$10 pour les moins de 65 ans et de \$4 pour les personnes de 65 ans ou plus; pour les services de consultation externe, \$6 pour les moins de 65 ans et \$2 pour les personnes de 65 ans ou plus. Exemptions accordées aux assistés sociaux et aux personnes à leur charge, ainsi que dans d'autres situations particulières. Les frais uniques des services de consultation externe s'appliquent à des services multiples particuliers. (Les hôpitaux du Nouveau-Brunswick peuvent demander aux patients hospitalisés depuis longtemps et attendant d'être placés dans une maison de repos de leur payer \$8.55 par jour).

Voir notes à la page 35

QUEBEC

Medical Care Insurance

Standard Benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (a): Insured services paid up to Quebec rates upon presentation of receipts for services.

Additional benefits (b): Optometry. Drugs and related professional services for recipients of social aid and recipients of certain governmental social aid measures; for persons aged 65 years and over; for persons between 60 and 64 years of age who are eligible for an allowance under the Old Age Security Act and would otherwise, without that allowance, be eligible for social aid or certain governmental social aid measures. Dental services for children under the age of 14. Dental services, including dentures, for social aid recipients. Prostheses, orthopaedic appliances or other appliances specified by regulation. Breast prostheses grant program following mastectomy. Functional aids program for the visually handicapped 35 years of age and under. Auditory aids program for residents 35 years of age and under.

Premium per month: none (g)

Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward including all available services.

Out-patient: Clinical services of day or night psychiatric care, electroconvulsive therapy, insulin shock therapy, behavioural therapy, emergency care, minor surgery, radiotherapy, diagnostic services, physiotherapy, occupational therapy and inhalation therapy services, orthoptic services, services or examinations necessary for a resident to obtain employment, or those required in the course of employment or on the demand of the employer, provided that such examination or service is required by a law of Quebec other than the Collective Agreement Decrees Act, hearing and speech services.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: In-patient: Approved standard ward rate. Out-patient: Insured services at the prevailing rate of the hospital where these services are received.

Outside Canada: In-patient: Emergency or sudden illness and referral cases receiving prior approval, room and board at the ward rate plus cost of other insured services. In cases where insured hospital services received outside Canada are not reimbursed in full, 75% of the cost of insured services are covered. Excluded: spas, psychiatric and tuberculosis hospitals. Out-patient: at the prevailing rate of the hospital where the insured services are received provided that: (a) the services were received during the 24 hours following an accident; (b) the services became necessary due to a sudden illness or emergency.

QUÉBEC

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): Tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (a): Services assurés payés au tarif prévu par le Québec, ou moins, sur présentation d'un reçu.

Services assurés supplémentaires (b): L'optométrie. Les médicaments et les services professionnels connexes pour les bénéficiaires de l'aide sociale et les bénéficiaires de certaines mesures d'aide sociale gouvernementale; pour les personnes âgées de 65 ans et plus; et pour les personnes de 60 à 64 ans admissibles à une allocation en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse et qui, sans cette allocation, auraient droit à l'aide sociale ou à certaines mesures d'aide sociale gouvernementale. Les services dentaires pour les enfants de moins de 14 ans. Les services dentaires, y compris les prothèses dentaires, pour les assistés sociaux. Les prothèses, les appareils orthopédiques ou autres déterminés par règlement. Le programme de subventions pour prothèses mammaires après mastectomie. Un programme d'aide pour les handicapés visuels de moins de 36 ans. Un programme d'aide pour les handicapés auditifs de moins de 36 ans.

Prime mensuelle: aucune (g)

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: Les services en salle commune et tous les services disponibles.

Services de consultation externe: Les services en clinique psychiatrique de jour ou de nuit, les traitements par électrochocs, l'insulinothérapie et la thérapie de comportement. Les soins d'urgence, les soins en chirurgie mineure, la radiothérapie, les services diagnostiques, les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'inhalothérapie, les services d'orthoptique. Les services ou les examens auxquels doit se soumettre un résident en vue d'obtenir un emploi, ou auxquels il doit se soumettre en cours d'emploi ou encore qui sont requis par un employeur à la condition qu'un tel examen ou service soit exigé par une loi du Québec autre que la loi des décrets de la convention collective. Les services d'audiologie et d'orthophonie.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: Services dispensés aux malades hospitalisés: Le tarif approuvé de la salle. Services de consultation externe: Les services assurés, au tarif de l'hôpital en cause.

Hors du Canada: Services dispensés aux malades hospitalisés: les cas d'urgence ou de maladie subite et les cas dirigés ailleurs avec l'approbation préalable, y compris le logement et la pension au tarif de la salle plus les frais des autres services assurés. Lorsque les services hospitaliers assurés fournis à l'extérieur du Canada ne sont pas remboursés intégralement, leur coût est couvert à 75%. Sont exclus: Les stations thermales, les sanatoriums antituberculeux, et les hôpitaux psychiatriques. Services de consultation externe: Le tarif de l'hôpital où les services assurés sont dispensés, pourvu a) qu'ils le soient dans les 24 heures suivant un accident, b) qu'ils soient devenus nécessaires par suite d'une maladie subite ou d'une urgence.

Authorized charges: The payments authorized are \$9 per day for chronic care in extended care hospitals or in extended care units in short-term care hospitals. Children under the age of 18 are exempt. Low income individuals may benefit from total or partial exemption depending on their family and financial situation.

Additional services offered to the Quebec population under special programs of the Department of Social Affairs include:

- a) the transportation of sick persons according to specified criteria;
- b) the supply of special drugs at reduced cost (\$2 per prescription with a maximum of \$100 annually) for ambulatory patients with cancer, glaucoma, cystic fibrosis, tuberculosis, hyperlipoproteinemia, diabetes insipidus or psychiatric illnesses;
- c) home care services ordered by the attending physician to permit convalescence at home and reduce hospitalization - this program includes renal dialysis and parenteral nutrition;
- d) home help services to encourage the maintenance at home and avoidance of family break-up or long-term institutionalization for elderly persons.
- e) free ambulance service for persons aged 65 years and over.

See notes on page 35

Frais autorisés: Les frais autorisés sont de \$9 par jour pour les malades chroniques hospitalisés dans les hôpitaux de soins prolongés ou dans les hôpitaux de courte durée. Les enfants âgés de moins de 18 ans sont exemptés. Les personnes à faible revenu peuvent jouir d'une exemption totale ou partielle, selon leur situation familiale et financière.

Les services additionnels dont peut bénéficier la population du Québec dans le cadre des programmes spéciaux du ministère des Affaires sociales comprennent:

- a) le transport des personnes malades conformément à certains critères particuliers;
- b) certains médicaments spéciaux à prix réduit (\$2 par ordonnance, pouvant aller jusqu'à une somme maximale de \$100 par année) pour les malades sur pied qui souffrent de cancer, de glaucome, de fibrose kystique, de tuberculose, d'hyperlipoprotéinémie, de diabète insipide ou de troubles psychiatriques;
- c) les soins à domicile prescrits par le médecin traitant afin de permettre la convalescence à la maison et de réduire la durée de l'hospitalisation - ce programme comprend la dialyse rénale et l'alimentation par voie parentérale;
- d) des services d'aide domestique pour les personnes âgées afin de les encourager à rester dans leur foyer et d'éviter les séparations de la famille ou l'hospitalisation à long terme.
- e) des services ambulanciers gratuits pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

Voir notes à la page 35

ONTARIO

Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (a): Standard benefits paid at Ontario rates.

Additional benefits (b): Optometry, chiropractic, podiatry, osteopathy. (Also out-of-hospital benefit towards cost of physiotherapy and for ambulance services.) Home Care Program Services; home renal dialysis; and home hyperalimentation equipment, supplies and medication. (The provincial Ministry of Health administers a free Drug Benefit Plan for persons 65 years and over who are Canadian citizens or landed immigrants and who have lived in the province for the past 12 months, disabled persons and persons with limited incomes.)

Premium per month (d):

Single - \$20 (e). Family of 2 or more -\$40 (e).

Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Broad range of essential services, physio-, occupational, speech radio- and inhalation therapies, diet counselling services when prescribed by a physician, and other hospital services when medically necessary. Where available from a hospital, the provision of equipment, supplies and medications for use in the home by haemophilic patients for the emergency treatment or the prevention of haemorrhage.

The plan also provides an extensive nursing home benefit.

Out-of-province benefits (c):

Full rate in other Canadian provinces less any co-insurance or capital charges made by province concerned. 75% of standard ward for non-emergency admissions in the United States including room, board and all extras. 100% of emergencies (except mental illness) anywhere in the world. 100% of standard ward care in all other cases (except mental illness) occurring outside Canada or the U.S.

Authorized charges: Chronic care charge of \$10.30 per day after 60 days hospitalization with exemptions up to 360 days for rehabilitation of convalescent patients upon medical certification; also exemptions, partial or complete, if limited family income.

See notes on page 35

ONTARIO

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): Tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (a): Services assurés ordinaires payés au tarif prévu par l'Ontario.

Services assurés supplémentaires (b): L'optométrie, la chiropraxie, la podiatrie, l'ostéopathie. (Les prestations aux malades non hospitalisés pour le coût des services de physiothérapie et des services d'ambulance.) Les services du programme de soins à domicile; l'équipement, le matériel et les médicaments pour la dialyse rénale et la suralimentation à domicile. (Le ministère provincial de la Santé administre un Régime de médicaments gratuits pour les personnes âgées de 65 ans et plus, qui sont des citoyens canadiens ou des immigrants reçus demeurant dans la province depuis les 12 derniers mois, pour les infirmes et les personnes à revenu modeste.)

Prime mensuelle (d):

Personne seule - \$20 (e). Famille de 2 personnes ou plus - \$40 (e).

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: Les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: Un vaste éventail de services essentiels, la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, la radiothérapie, l'inhalothérapie, les services de consultation diététique, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin et d'autres services hospitaliers requis du point de vue médical. L'équipement, le matériel et les médicaments employés à domicile par un hémophile pour le traitement d'urgence ou la prévention des hémorragies, lorsqu'un hôpital peut les fournir.

Le Régime offre également des prestations considérables pour les services en maison de repos.

Services assurés hors de la province (c):

Plein tarif des autres provinces canadiennes moins les frais modérateurs où les frais d'établissement de la province en cause. 75% du tarif de la salle pour les cas non urgents aux États-Unis, y compris logement, pension et tous les services supplémentaires. La totalité des frais des services d'urgence (à l'exception de troubles psychiatriques) partout dans le monde. Le plein tarif de la salle dans tous les autres cas (à l'exception de troubles psychiatriques) survenant à l'extérieur du Canada ou des États-Unis.

Frais autorisés: Pour les malades chroniques, des frais de \$10.30 par jour après 60 jours d'hospitalisation, avec exemptions d'une durée maximale de 360 jours pour la réadaptation des convalescents, sur présentation d'un certificat médical, et exemptions partielles ou complètes suivant le revenu familial.

Voir notes à la page 35

MANITOBA

Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (a): Standard benefits paid at Manitoba rates.

Additional benefits (b): Certain optometric and chiropractic services, prosthetic devices and certain limb and spinal orthotic devices and services when prescribed by an M.D. Contact lens following congenital cataract surgery. Artificial eyes. Breast prosthesis and surgical brassiere following mastectomy. Prescription drug program. Hearing Aid Program for children under 18 years of age.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: All services except drugs and dressings in certain cases.

Personal care homes: Standard ward and all approved available services.

Out-of-province benefits (c):

In Canada: Rate approved by provincial plan of host province. Out-patient benefits covered \$14.00 per visit or 75%, whichever is greater, or by inter-provincial agreement.

Outside Canada: The greater of 75% of hospital's charges or a daily allowance if: a) emergency, b) adequate care not available in Manitoba, c) during 3 months following permanent move, d) temporary employment or education. The lesser of 75% of hospital's charges or a daily allowance for elective cases. Out-patient benefits covered \$14.00 or 75%, whichever is greater.

Authorized charges: None. (\$8 per day may be charged by hospitals in Manitoba to insured persons receiving hospital in-patient services that are not medically required but are provided after the need for placement in a personal care home has been established to the satisfaction of an assessment panel. A \$8 per day residential charge is payable by insured persons receiving personal care in personal care homes).

MANITOBA

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): Tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (a): Services assurés payés au tarif prévu par le Manitoba.

Services assurés supplémentaires (b): Certains services d'optométrie et de chiropraxie. Les prothèses et certains appareils et services orthopédiques pour les membres et la colonne vertébrale, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin. Les lentilles cornées requises après une intervention chirurgicale pour une cataracte congénitale. Les yeux artificiels. Les prothèses mammaires et les soutiens-gorge spéciaux après mastectomie. Le programme de médicaments prescrits. Le Programme de prothèses auditives pour les personnes de 18 ans et moins.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: Les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: Tous les services sauf, dans certains cas, les médicaments et les pansements.

Maisons de soins personnels: Les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: Tarif approuvé par le régime de la province hôte. Services de consultation externe payés au tarif de \$14 la consultaion, ou à 75%, le plus élevé des deux montants étant retenu, ou selon l'entente interprovinciale convenue.

Hors du Canada: La plus élevée de ces sommes: 75% des frais pour les prestations des services hospitaliers ou une allocation quotidienne dans les cas: a) d'urgence, b) où les soins requis ne sont pas disponibles au Manitoba, c) où les soins sont dispensés dans les 3 mois suivant le départ permanent, d) d'une absence temporaire pour raison de travail ou d'études. La moins élevée de ces deux sommes: 75% des frais ou une allocation quotidienne pour les cas d'hospitalisation non urgente. Services de consultation externe payés au tarif de \$14, ou supportés à 75%, le plus élevé des deux montants étant retenu.

Frais autorisés: Aucun. (Les hôpitaux du Manitoba pourront exiger une somme de \$8 par jour des personnes assurées qui sont hospitalisées sans raison médicale après qu'un comité d'évaluation aura jugé que ces personnes doivent être placées dans un foyer. Les foyers exigeront une somme de \$8 par jour des personnes assurées qui y reçoivent des soins personnels.)

See notes on page 35

Voir notes à la page 35

SASKATCHEWAN

Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (a): Standard benefits, administered by the Commission, paid at Saskatchewan rates. Various rates for approved services not available in province covered when prior approval received.

Additional benefits (b): Optometry, chiropractic, oral surgery by a dentist and referred services by dentist for care of cleft palate. With certain exceptions, Saskatchewan residents holding valid health services cards are eligible for the benefits of other plans administered by the provincial Department of Health. These include a subsidized hearing aid plan; the provision of prosthetic and orthotic devices; provision of wheelchairs, walkers, commodes and other aids to daily living; a dental plan for children; a prescription drug plan; and private practice physical therapy facilities under contract with Minister of Health.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: To the extent that a hospital is able to provide it.

Out-of-province benefits (c):

In-patient: Within Canada: Standard ward rate less co-insurance charge where applicable. Outside Canada: Maximums apply as to rate and number of days of care.

Out-patient: Within and outside Canada: Total amount charged.

Authorized charges: none

See notes on page 35

SASKATCHEWAN

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): Tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (a): services assurés ordinaires, administrés par la Commission, payé au tarif prévu par la Saskatchewan. Services autorisés non offerts dans la province payés à des tarifs différents, lorsque autorisés au préalable.

Services supplémentaires (b): L'optométrie, la chiropraxie, les services de chirurgie buccale dispensés par un dentiste et les services d'orthodontie pour le traitement d'une fissure palatine lorsque le cas est adressé par un dentiste. Sauf certaines exceptions, les résidents de la Saskatchewan possédant des cartes d'identité valides pour les Régimes d'assurance-santé sont admissibles aux services d'autres régimes administrés par le ministère provincial de la Santé. Ceux-ci comprennent le Régime de subventions pour prothèses acoustiques; la fourniture de prothèses et d'appareils orthopédiques; la fourniture de chaises-roulantes, de cadres de marche, de sièges percés et tout autre aide à la vie quotidienne; le Régime de soins dentaires pour enfants; le Régime de médicaments prescrits; et les installations privées de thérapie par l'exercice physique ayant passé un contrat avec le ministre de la Santé.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: Les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: Dans la mesure où un hôpital peut fournir le service, le service est assuré.

Services assurés hors de la province (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: Au Canada: Le tarif de la salle moins les frais modérateurs, le cas échéant. Hors du Canada: Un taux maximum s'applique au tarif et au nombre de journées de soins.

Services de consultation externe: au Canada et à l'extérieur: La totalité des frais.

Frais autorisés: aucun

Voir notes à la page 35

ALBERTA

Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals (h).

Out-of-province benefits (a): Standard benefits within and outside country paid up to Alberta rate.

Additional benefits (b): Dental services rendered by dental surgeons as specified in regulations, optometric services, chiropractic services, and podiatric services and appliances. An optional health services contract is available through the Alberta Health Care Insurance Plan providing Alberta Blue Cross non group membership at reduced rates to residents who are unable to obtain group Blue Cross coverage through an employer. For a resident 65 years and over, the spouse, and their dependants, the Government provides a substantial portion of the cost of eyeglasses and a major portion of the cost of dentures and dental care; and assumes the cost of hearing aids and medical and surgical equipment, supplies and appliances.

Premium per month (d):

Single - \$7.65 (f). Family of 2 or more - \$15.30 (f).

Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: To the extent that the hospital is able to provide insured services.

There is also an extensive nursing home benefit.

Out-of-province benefits (c):

In-patient: All approved in-patient charges in Canadian active treatment or auxiliary hospitals. Outside Canada - in active treatment hospitals - \$50 per day or the actual cost whichever is the lesser; for newborns - \$9.00 per day or the actual cost whichever is the lesser.

Out-patient: All services provided by hospitals in Canada at their respective approved rates. Outside Canada, for out-patient service at an active treatment hospital, the lesser of the amount charged or the amount that would be paid for the same service in Alberta.

Authorized charges (applies only to Alberta hospitals):

Patients are required to pay a \$5.00 admission charge to active treatment hospitals. Excluded are: inter-hospital transfers; re-admission within 30 days; hospitalization approved by a cancer clinic; polio patients; multiple handicapped children's units; a resident aged 65 or over, the spouse and dependants; and recipients of social assistance from Department of Social Services and Community Health.

ALBERTA

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): Tous les services résulteront du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste (h).

Services assurés hors de la province (a): Services assurés ordinaires au Canada et à l'extérieur payés au tarif prévu par l'Alberta, ou moins.

Services assurés supplémentaires (b): Les soins dentaires dispensés par des chirurgiens-dentistes conformément aux règlements. L'optométrie, la chiropraxie, les soins et les appareils podiatiques. Une assurance facultative est offerte par la Commission qui permet aux résidents qui ne font partie d'aucun groupe de devenir membre de la Croix-Bleue de l'Alberta. Pour les résidents âgés de 65 ans et plus et les personnes à leur charge, le gouvernement assume une importante partie du coût des lunettes et la plus grande partie du coût des dentiers et des soins dentaires et il supporte le coût des prothèses acoustiques, et de l'équipement, des fournitures et des appareils de nature médicale et chirurgicale.

Prime mensuelle (d):

Personne seule - \$7.65 (f). Famille de 2 personnes ou plus - \$15.30 (f).

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: Les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: Dans la mesure où l'hôpital peut fournir les services assurés. Il existe aussi un important service de maisons de repos.

Services assurés hors de la province (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: tous les frais des services dans les hôpitaux de soins de courte durée ou auxiliaires canadiens. A l'extérieur du Canada, dans les hôpitaux de soins de courte durée, la moins élevée de ces deux sommes: \$50 par jour ou le coût réel. Pour les nouveau-nés, la moins élevée de ces deux sommes: \$9 par jour ou le coût réel.

Services de consultation externe: tous les services de consultation externe dispensés dans les hôpitaux au Canada à leurs taux respectifs approuvés. A l'extérieur du Canada, pour les services de consultation externe dispensés dans un hôpital de soins de courte durée, la moins élevée des deux sommes suivantes: le coût réel des services rendus ou la somme que coûterait le même service en Alberta.

Frais autorisés (pour les hôpitaux de l'Alberta seulement):

Les malades doivent débourser \$5 pour être admis dans un hôpital de soins de courte durée. Sont exclus les malades transférés d'un hôpital à l'autre; les malades readmis dans les 30 jours qui suivent le congé de l'hôpital; les malades dont l'admission est approuvée dans une clinique du cancer; les malades atteints de poliomyélite; les enfants admis dans des unités pour handicapés multiples; les résidants âgés de 65 ans et plus, leur conjoint et les personnes à leur charge; et les bénéficiaires d'aide sociale du ministère des Services sociaux et de la Santé communautaire.

Auxiliary Hospitals: \$5.50 per day after 120 days. Where a private room is provided at the request of the patient, an additional charge of \$3.50 per day is payable.

Emergency Financial Assistance Program: For hospital and medical care services not available in province or provided in an emergency, assistance exists for cases of financial hardship.

See notes on page 35

Les hôpitaux auxiliaires: \$5.50 par jour après 120 jours. Lorsqu'un malade occupe une chambre privée parce qu'il en a fait la demande, un supplément de \$3.50 par jour est payable.

Programme d'aide financière d'urgence: Pour les services hospitaliers et de soins médicaux non offerts dans la province ou fournis en cas d'urgence, une aide peut être octroyée en cas de difficulté financière.

Voir notes à la page 35

BRITISH COLUMBIA

Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals (h).

Out-of-province benefits (a): Standard benefits, in emergency or with prior approval, paid up to B.C. rates.

Additional benefits (b): Optometry, chiropractic, naturopathy, physiotherapy, podiatry, orthoptic treatment, the extended role services of a registered nurse where:

a) an arrangement for the rendering and for the payment of these services is approved by the Commission, and

b) these services are rendered in an area of the province where a medical practitioner is not normally available.

Orthodontic services for hare lip and/or cleft palate. (Free prescription drug program for residents 65 years and over, the handicapped and the chronically ill, and a universal Pharmacare plan which protects individuals from financial hardship as a result of high prescription drug expenses. Further details may be obtained by writing Pharmacare, Ministry of Human Resources, Parliament Buildings, Victoria V8V 1X4.)

Premium per month (d):

Single - \$7.50. Two persons - \$15.00. Family of three or more persons - \$18.75.

Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Emergency services, minor surgical procedures, day care surgical services, out-patient cancer therapy, psychiatric day care and night care services, day care rehabilitation services, narcotic addiction services, physiotherapy services, diabetic day care, and specified out-patient psychiatric services (in designated hospitals), dietetic counselling services; cytology services operated by B.C. Cancer Institute and renal dialysis treatments for chronic renal failure (in designated hospitals); day care services at the Arthritis Centre of British Columbia and psoriasis day care services at Shaughnessy Hospital, Vancouver.

See notes on page 35

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): Tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste (h).

Services assurés hors de la province (a): Services assurés ordinaires, en cas d'urgence ou avec autorisation préalable, payés au tarif prévu par la Colombie-Britannique, ou moins.

Services assurés supplémentaires (b): L'optométrie, la chiropraxie, la naturopathie, la physiothérapie, la podiatrie, les services et les traitements d'orthoptique, les services d'une infirmier(ère) diplômé(e) au rôle élargi lorsque

a) la Commission approuve une entente prise pour assurer la prestation et le remboursement de ces services et

b) ces services sont dispensés dans une région de la province où un médecin n'est pas normalement disponible.

Les services orthodontiques pour le bec-de-lièvre et/ou la fissure palatine. Le Programme gratuit de médicaments prescrits pour les résidents âgées de 65 ans et plus, les handicapés et les malades chroniques et le Régime de médicaments prescrits (Pharmacare) offert à l'ensemble de la population, afin de protéger les individus des difficultés financières que peut entraîner l'achat de médicaments prescrits. De plus amples renseignements sur ce programme peuvent être obtenus en écrivant à Pharmacare, Ministry of Human Resources, Parliament Buildings, Victoria, V8V 1X4.

Prime mensuelle (d):

Personne seule - \$7.50. Deux personnes - \$15.00. Famille de trois personnes ou plus - \$18.75.

Régime d'assurance hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: Les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: Les soins d'urgence, les soins en chirurgie mineure, les soins en chirurgie de jour, le traitement des cancéreux non hospitalisés, les soins psychiatriques de jour et de nuit, les services de réadaptation de jour, le traitement de la toxicomanie, les services de physiothérapie, le traitement de jour pour les diabétiques et certains services de psychiatrie en clinique de consultation externe (dans les hôpitaux désignés), les services de consultation diététique, les services de cytologie exploités par la B.C. Cancer Institute et les services de dialyse rénale (dans les hôpitaux désignés); les soins de jour au Centre pour arthritiques de la Colombie-Britannique (Arthritis Centre of British Columbia) et les soins de jour pour les personnes souffrant de psoriasis à l'hôpital Shaughnessy de Vancouver.

Voir notes à la page 35

Out-of-province benefits (c):

a) In-patient: During a temporary period of absence that ends at midnight on the last day of the 12th month following the month of departure from province - maximum stay of 12 months unless otherwise approved.

b) Referral, if approved by Deputy Minister.

c) Out-patient: renal dialysis treatment for chronic renal failure in designated hospitals in another province, less \$1 authorized charge.

d) Out-of-Canada: For emergency illness or accidental injury, in-patient maximum \$75 per day for adults and children. \$12 per day for newborn. Lesser of charge or \$75 for out-patient dialysis for chronic renal failure. (Canadian funds)

Qualified persons who have obtained written prior approval to seek hospital treatment as inpatients outside of Canada are provided with benefits as follows:

- the usual and customary charge made by the hospital or institution providing the hospital service, less the authorized charges, if the benefits were not available in British Columbia; or
- a sum not greater than the per diem rate approved for an equivalent facility in British Columbia, less the authorized charges, if the benefits were available in British Columbia.

Authorized charges:

a) \$4 per day in general hospitals, excluding newborns,

b) \$6.50 per day for adults and \$1 per day for children under the age of nineteen in extended care hospitals,

c) \$2 for each emergency or minor surgical out-patient treatment,

d) \$2 for day care surgical services,

e) \$1 for out-patient cancer therapy, psychiatric day care or night care and psychiatric out-patient services, out-patient physiotherapy services, diabetic day care services, day care rehabilitation services, each dietetic counselling session, renal dialysis treatment, day care arthritic services and psoriasis day care services.

Services assurés hors de la province (c):

a) Services dispensés aux malades hospitalisés: Les services reçus au cours d'une absence temporaire se terminant à minuit le dernier jour du 12^e mois suivant le mois du départ de la province -une absence maximale de 12 mois, sauf disposition contraire.

b) Les services reçus par un malade dirigé ailleurs pour des traitements avec l'approbation du sous-ministre.

c) Services de consultation externe: Le traitement de dialyse rénale pour les personnes qui souffrent d'insuffisance rénale chronique dans certains hôpitaux désignés d'une autre province, moins \$1 de frais autorisés.

d) Hors du Canada: Un maximum de \$75 par jour pour les adultes et les enfants hospitalisés et de \$12 par jour pour les nouveau-nés. Pour le traitement de dialyse rénale aux individus non hospitalisés souffrant d'insuffisance rénale chronique la plus petite des deux sommes suivantes: le coût réel du traitement ou \$75 (en devises canadiennes).

Pour les personnes admissibles qui ont obtenu l'autorisation écrite d'être hospitalisées à l'extérieur du Canada:

- les frais habituellement demandés par l'hôpital ou l'établissement fournissant les services hospitaliers, moins les frais autorisés, si les services n'étaient pas disponibles en Colombie-Britannique; ou
- un montant n'excédant pas le tarif à la journée autorisé pour un établissement équivalent en Colombie-Britannique, moins les frais autorisés, si les services étaient disponibles en Colombie-Britannique.

Frais autorisés:

a) Sauf pour les nouveau-nés, \$4 par jour dans les hôpitaux de soins de courte durée.

b) \$6.50 par jour pour les adultes et \$1 par jour pour les enfants de moins de dix-neuf ans dans les hôpitaux de soins prolongés.

c) \$2 pour tout service d'urgence ou les soins en chirurgie mineure en clinique de consultation externe.

d) \$2 par jour pour les soins en chirurgie de jour,

e) \$1 pour les soins aux cancéreux non hospitalisés, pour les soins psychiatriques de jour ou de nuit et pour les services psychiatriques en clinique de consultation externe, pour les services de physiothérapie en clinique de consultation externe, pour les services de jour aux diabétiques, pour les services de réadaptation de jour, pour chaque séance de consultation diététique, pour la dialyse rénale et pour les soins de jour pour les personnes qui souffrent d'arthrite et de psoriasis.

See notes on page 35

Voir notes à la page 35

NORTHWEST TERRITORIES

Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (a):

Within Canada: Standard benefits paid at rate of host province.

Outside Canada: Standard benefits paid up to Northwest Territories rate.

Additional benefits (b): Full travel coverage, plus living expenses allowance, while away from home for treatment of cancer, spina bifida, cystic fibrosis, tuberculosis or mental illness. Also cost of drugs required to treat specific chronic diseases. Assistance towards travel costs to receive medical treatment away from home community. Pharmacare program for residents 65 years of age and older.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Emergency and follow up treatment of injuries; medically necessary diagnostic radiological examinations with necessary interpretations; laboratory examinations; minor surgical procedures; physiotherapy and radiotherapy where available; and certain day care surgical procedures.

Out-of-province benefits (c):

In-patient: Rate approved for hospital by its own provincial plan.

Out-patient: Same benefits as in N.W.T.

Outside Canada: Up to a maximum specified rate.

Authorized charges: none

See notes on page 35

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): Tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (a):

Au Canada: Services assurés ordinaires payés au tarif prévu par la province hôte.

A l'extérieur de Canada: Services ordinaires assurés payés au tarif prévu par les Territoires du Nord-ouest, ou moins.

Services assurés supplémentaires (b): La totalité des frais pour les déplacements, plus une indemnité de subsistance pour les individus qui doivent s'éloigner de chez eux pour recevoir des traitements pour le cancer, la fibrose kystique, la tuberculose ou les troubles psychiatriques. Les coûts des médicaments requis pour traiter certaines maladies chroniques. Une subvention de voyage aux personnes qui doivent recevoir des traitements médicaux à l'extérieur de leur communauté. Le Régime de médicaments prescrits (Pharmacare) pour les personnes de 65 ans ou plus.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: Les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: Les traitements d'urgence des blessures et leur traitements subséquents; les examens radiologiques requis par nécessité médicale et les analyses nécessaires au diagnostic; les examens de laboratoire; les soins en chirurgie mineure; la physiothérapie et la radiothérapie quand elles sont disponibles et certains soins en chirurgie de jour.

Services assurés hors de la province (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: Le tarif approuvé pour l'hôpital par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province.

Services de consultation externe: Les mêmes services assurés que ceux offerts dans les Territoires du Nord-Ouest.

Hors du Canada: Jusqu'au tarif maximal spécifié.

Frais autorisés: aucun

Voir notes à la page 35

YUKON TERRITORY

Medical Care Insurance

Standard benefits (a): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (a): Insured services paid up to Yukon rate.

Premium per month (d):

Single - \$6.50. Couple - \$12.50. Family - \$14.00.

Coverage depends on residency status rather than on payment of premiums. Persons 65 years or more are premium-exempt.

Hospital Insurance

Standard benefits (c):

In-patient: Standard ward rate and all approved available services.

Out-patient: Laboratory, radiological and other diagnostic procedures together with the necessary interpretations for the diagnosis and treatment of an injury, illness or disability excluding simple procedures which ordinarily form part of a physician's routine office examinations; day care surgical services.

Out-of-province benefits (c):

In-patient: Rate approved for hospital by its own provincial plan.

Out-patient: Same benefits as in Territory.

Outside Canada: Maximum applied as to rate.

Authorized charges: none

See notes on page 35

TERRITOIRE DU YUKON

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (a): Tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (a): Services assurés payés au tarif prévu par le Yukon, ou moins.

Prime mensuelle (d):

Personne seule - \$6.50. Couple - \$12.50. Famille - \$14.00.

La garantie dépend de la résidence et non de l'acquittement des primes. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont exemptées des primes.

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: Les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: Les tests de laboratoire, les examens radiologiques et les autres services de diagnostic, ainsi que les analyses nécessaires au diagnostic et au traitement des blessures, maladies ou invalidités, à l'exclusion des examens qui font partie de l'examen général en cabinet de médecin; les soins en chirurgie de jour.

Services assurés hors de la province (c):

Services dispensés aux malades hospitalisés: Le tarif approuvé pour l'hôpital par le régime d'assurance-hospitalisation de la province en question.

Services de consultation externe: Les mêmes services assurés que ceux offerts dans le Territoire du Yukon.

Hors du Canada: Le tarif maximal selon le taux.

Frais autorisés: aucun

Voir notes à la page 35

NOTES:

- a) These benefits are insured services as defined in the Medical Care Act (Canada). All provincial medical care insurance plans are required to provide portability of coverage for the insured services of the Medical Care Program for their insured residents anywhere in the world. However, this requirement does not preclude a provincial plan from requiring prior approval from the plan before elective, non-emergency, care is obtained out-of-province.
- b) These additional benefits are provided generally on a limited basis. For specific details, information may be obtained from the provincial plan. The federal government is not contributing under federal health insurance legislation towards the costs of these additional benefits. However, the federal government contributes towards the cost of certain health services under the Extended Health Care Services Program such as nursing home and adult residential care, home care (health aspects) and ambulatory health care services.
- c) These benefits are provided in accordance with the terms and conditions of the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act (Canada), except for nursing home benefits - see note (b).
- d) The premiums are those for persons who do not qualify for premium assistance on account of limited income. The provisions for assistance vary from province to province.
- e) Rates are for combined medical care and hospital insurance coverage. Premium exemption if member of premium unit is 65 years or more and resided for at least the previous 12 months in province.
- f) Premium exemption for basic (and for optional) coverage if member of a premium unit is 65 years or more. Eligibility for hospital insurance depends on medical care insurance status.
- g) A special fund for financing the Quebec Health Insurance Plan comprises employers' contributions amounting to 1.5% of employees' salaries and payments made by the Minister of Finance out of the provincial consolidated revenue fund, according to the requirements of the Quebec Health Insurance Board.
- h) In this province, the services of osteopaths are eligible as insured services under the Medical Care Act (Canada) on the same basis as the services of medical practitioners.

NOTES:

- a) Ces services assurés sont offerts conformément aux dispositions de la Loi sur les soins médicaux (Canada). Tous les régimes provinciaux d'assurance médicale doivent offrir à leurs résidents assurés une transférabilité de couverture partout dans le monde pour les services assurés du Programme de soins médicaux. Cette exigence n'empêche cependant pas un régime provincial de demander préalablement l'approbation du régime avant que des soins facultatifs, non urgents, soient prodigués hors de la province.
- b) Ces services supplémentaires sont généralement offerts avec certaines restrictions. Pour plus de précisions, s'adresser au régime provincial en question. Le gouvernement fédéral ne partage pas les coûts de ces services supplémentaires en vertu de la législation fédérale sur l'assurance-santé. Cependant, le gouvernement fédéral assume une partie des coûts de certains services de santé dans le cadre du Programme de services complémentaires de santé tels que les soins en maison de repos et les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile (les services de santé) et les soins ambulatoires.
- c) Ces services assurés sont offerts conformément à la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques (Canada), sauf les services assurés dans les maisons de repos - voir note (b).
- d) Ces primes s'appliquent aux personnes qui n'ont pas droit à l'assistance-prime accordée aux personnes à faible revenu. Les dispositions en ce sens varient d'une province à l'autre.
- e) Les taux s'appliquent aux Programmes de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation combinés. Il y a exemption de la prime si la personne seule ou un des membres d'une famille (2 personnes ou plus) est âgée de 65 ans ou plus et est résidant dans la province depuis au moins les 12 derniers mois.
- f) Il y a exemption de la prime pour l'assurance de base (et l'assurance facultative) si la personne seule ou un des membres d'une famille (2 personnes ou plus) est âgée de 65 ans ou plus. Le droit à l'assurance-hospitalisation dépend de la situation par rapport au Régime de soins médicaux.
- g) La Régie de l'assurance-maladie du Québec est financée par le fonds de l'assurance-maladie créé au ministère des Finances et alimenté par la contribution des employeurs (1.5% du salaire versé à un employé) à laquelle s'ajoutent des sommes versées par le ministre des Finances à même le fonds consolidé du revenu et selon les besoins de la Régie.
- h) Dans cette province, les services des ostéopathes peuvent être considérés comme étant des services assurés en vertu de la Loi fédérale sur les soins médicaux au même titre que les services des médecins.

Plan Addresses

Newfoundland

Medical Care

Newfoundland Medical Care
Commission,
Elizabeth Towers,
Elizabeth Avenue,
St. John's, Newfoundland.
A1C 5J3

Hospital Insurance

Hospital Services Division,
Department of Health,
Confederation Building,
St. John's, Newfoundland.
A1C 5T7

Prince Edward Island

Medical Care

Health Services Commission,
P.O. Box 4500,
Charlottetown, P.E.I.
C1A 7P4

Hospital Insurance

Hospital Services Commission of
Prince Edward Island,
P.O. Box 4500,
Charlottetown, P.E.I.
C1A 7P4

Nova Scotia

Medical Care

Health Services and Insurance Commission,
P.O. Box 760,
Halifax, Nova Scotia.
B3J 2V2

Hospital Insurance

Department of Health,
P.O. Box 488,
Halifax, Nova Scotia.
B3J 2R8

New Brunswick

Medical Care

Department of Health,
Insured Services Division,
P.O. Box 5100,
Fredericton, New Brunswick.
E3B 5G8

Adresses des Régimes

Terre-Neuve

Soins médicaux

Newfoundland Medical Care
Commission
Elizabeth Towers
Avenue Elizabeth
St. John's (Terre-Neuve)
A1C 5J3

Assurance-hospitalisation

Hospital Services Division
Department of Health
Confederation Building
St. John's (Terre-Neuve)
A1C 5T7

Île-du-Prince-Edouard

Soins médicaux

Health Services Commission of
Prince Edward Island
C.P. 4500
Charlottetown (Île-du-Prince-Edouard)
C1A 7P4

Assurance-hospitalisation

Hospital Services Commission of
Prince Edward Island
C.P. 4500
Charlottetown (Île-du-Prince-Edouard)
C1A 7P4

Nouvelle-Ecosse

Soins médicaux

Health Services and Insurance Commission
C.P. 760
Halifax (Nouvelle-Ecosse)
B3J 2V2

Assurance-hospitalisation

Ministère de la Santé
C.P. 488
Halifax (Nouvelle- Ecosse)
B3J 2R8

Nouveau-Brunswick

Soins médicaux

Ministère de la Santé
Division des services assurés
C.P. 5100
Frédéricton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8

Hospital Insurance

Department of Health,
Insured Services Division,
P.O. Box 6000,
Fredericton, New Brunswick.
E3B 5G8

Quebec

Medical Care

Quebec Health Insurance Board,
P.O. Box 6600,
Quebec, Quebec.
G1K 7T3

Hospital Insurance

Department of Social Affairs,
Joffre Building,
1075 chemin Ste-Foy,
Quebec, Quebec.
G1A 1B9

Ontario

Ontario Health Insurance Plan - (Medical Care and Hospital Insurance)

HEAD OFFICE
General Manager
Ontario Health Insurance Plan
7 Overlea Boulevard
TORONTO, Ontario
M4H 1A9

HAMILTON 25 Main St. W., L8P 4P9	KINGSTON 1055 Princess St., K7L 5A9
LONDON 227 Queens Ave., N6A 1J8	MISSISSAUGA 201 City Centre Dr., P.O. Box 7020 Station "A" L5A 3M1

OSHAWA 44 Bond St. W., P.O. Box 617 L1H 7R1	OTTAWA 75 Albert St., K1P 5Y9
--	-------------------------------------

SUDBURY 199 Larch St., P3E 5R1	THUNDER BAY 435 James St. S., P7E 6E3
--------------------------------------	---

TORONTO
2195 Yonge St.,
M4S 2B2

The above district offices undertake registration and claims processing. Information offices are also located at Barrie, Kenora, Kitchener, Peterborough, St. Catharines, Sarnia, Timmins and Windsor.

Manitoba

Medical Care

Manitoba Health Services Commission,
599 Empress Street,
Winnipeg, Manitoba.
R3C 2T6

Assurance-hospitalisation

Ministère de la Santé
Division des services assurés
C.P. 6000
Frédéricton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8

Québec

Soins médicaux

Régie de l'assurance-maladie du Québec
C.P. 6600
Québec (Québec)
G1K 7T3

Assurance-hospitalisation

Ministère des Affaires sociales
Edifice Joffre
1075, chemin Ste-Foy
Québec (Québec)
G1A 1B9

Ontario

Régime d'assurance-maladie de l'Ontario - (les soins médicaux et l'assurance-hospitalisation)

BUREAU CHEF
Gérant général
Régime d'assurance-maladie de l'Ontario
7, boulevard Overlea
TORONTO (Ontario)
M4H 1A9

HAMILTON 25, rue Main ouest L8P 4P9	KINGSTON 1055, rue Princess K7L 5A9
LONDON 227, av. Queens N6A 1J8	MISSISSAUGA 201, promenade City Centre C.P. 7020 Succursale A L5A 3M1

OSHAWA 44, rue Bond ouest C.P. 617 L1H 7R1	OTTAWA 75, rue Albert K1P 5Y9
---	-------------------------------------

SUDBURY 199, rue Larch P3E 5R1	THUNDER BAY 435, rue James sud P7E 6E3
--------------------------------------	--

TORONTO
2195, rue Yonge
M4S 2B2

Les bureaux régionaux ci-dessus se chargent de recevoir les inscriptions et de donner suite aux demandes d'indemnité. Il existe également des bureaux d'information à Barrie, à Kenora, à Kitchener, à Peterborough, à St. Catharines, à Sarnia, à Timmins, et à Windsor.

Manitoba

Soins médicaux

Manitoba Health Services Commission
599, rue Empress
Winnipeg (Manitoba)
R3C 2T6

Hospital Insurance

Manitoba Health Services Commission,
599 Empress Street,
Winnipeg, Manitoba.
R3C 2T6

Saskatchewan

Medical Care

Saskatchewan Medical Care Insurance
Commission,
T.C. Douglas Building,
3475 Albert Street,
Regina, Saskatchewan.
S4S 6X6

Hospital Insurance

Saskatchewan Hospital Services Plan,
T.C. Douglas Building,
3475 Albert Street,
Regina, Saskatchewan.
S4S 6X6

Alberta

Medical Care

Department of Hospitals
and Medical Care,
Alberta Health Care Insurance Plan,
118th Avenue and Groat Road,
P.O. Box 1360,
Edmonton, Alberta.
T5J 2N3

or

Department of Hospitals
and Medical Care,
Alberta Health Care Insurance Plan,
Crosslands Building,
629B - 7th Avenue S.W.,
Calgary, Alberta.
T2P 0Y8

Hospital Insurance

Department of Hospitals
and Medical Care,
P.O. Box 2222,
11010 - 101st St.,
Edmonton, Alberta.
T5J 2P4

British Columbia

Medical Care

Medical Services Commission,
1515 Blanshard Street,
Victoria, B.C.
V8W 3C8
(Insurance contract may be obtained from the
Medical Services Plan of British Columbia,
1515 Blanshard Street,
Victoria, B.C.
Mailing Address:
P.O. Box 1600,
Victoria, British Columbia.
V8W 2X9)

Assurance-hospitalisation

Manitoba Health Services Commission
599, rue Empress
Winnipeg (Manitoba)
R3C 2T6

Saskatchewan

Soins médicaux

Saskatchewan Medical Care Insurance
Commission
T.C. Douglas Building,
3475, rue Albert
Régina (Saskatchewan)
S4S 6X6

Assurance-hospitalisation

Saskatchewan Hospital Services Plan
T.C. Douglas Building,
3475, rue Albert
Régina (Saskatchewan)
S4S 6X6

Alberta

Soins médicaux

Department of Hospitals
and Medical Care,
Alberta Health Care Insurance Plan
C.P. 1360
Edmonton (Alberta)
T5J 2N3

et

Department of Hospitals
and Medical Care,
Alberta Health Care Insurance Plan
Crosslands Building,
629B, 7^e avenue sud-ouest
Calgary (Alberta)
T2P 0Y8

Assurance-hospitalisation

Department of Hospitals and
Medical Care,
C.P. 2222
11010 - 101^e rue
Edmonton (Alberta)
T5J 2P4

Colombie-Britannique

Soins médicaux

Medical Services Commission
1515, rue Blanshard
Victoria (Colombie-Britannique)
V8W 3C8
(Pour obtenir un contrat d'assurance, s'adresser au:
Medical Services Plan of British Columbia
1515, rue Blanshard
Victoria (Colombie-Britannique)
Adresse postale:
C.P. 1600
Victoria (Colombie-Britannique)
V8W 2X9)

Hospital Insurance

Hospital Programs,
Ministry of Health,
1515 Blanshard Street,
Victoria, British Columbia.
V8V 3C8

Northwest Territories

Medical Care

N.W.T. Health Care Plan,
Government of the N.W.T.,
Yellowknife, N.W.T.
X1A 2L9

Hospital Insurance

N.W.T. Health Care Plan,
Government of the N.W.T.,
Yellowknife, N.W.T.
X1A 2L9

Yukon

Medical Care

Yukon Health Care Insurance Plan,
P.O. Box 2703,
Whitehorse, Yukon.
Y1A 2C6

Hospital Insurance

Yukon Hospital Insurance Services,
P.O. Box 2703,
Whitehorse, Yukon.
Y1A 2C6

Assurance-hospitalisation

Hospital Programs
Ministry of Health
1515 rue Blanshard
Victoria (Colombie-Britannique)
V8V 3C8

Territoires du Nord-Ouest

Soins médicaux

N.W.T. Health Care Plan
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9

Assurance-hospitalisation

N.W.T. Health Care Plan
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9

Territoire du Yukon

Soins médicaux

Yukon Health Care Insurance Plan
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon)
Y1A 2C6

Assurance-hospitalisation

Yukon Hospital Insurance Services
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon)
Y1A 2C6





Health and Welfare
Canada

Santé et Bien-être social
Canada

Canada

Medical Care Annual Report

Soins médicaux Rapport annuel

CAI
HW
- A554

1989

His Excellency the Right Honourable
Edward Schreyer, Governor General and
Commander-in-Chief of Canada.

MAY IT PLEASE YOUR EXCELLENCE:

The undersigned has the honour to present to
your Excellency the Annual Report respecting
operations of the Medical Care Act for the fiscal
year ended March 31, 1981.

Respectfully submitted,

Monique Bégin,
Minister of National Health and Welfare.

Son Excellence le très honorable
Edward Schreyer, Gouverneur général et
Commandant en chef du Canada.

QU'IL PLAISE À VOTRE EXCELLENCE,

J'ai l'honneur de présenter à Votre Excellence le
Rapport annuel sur l'application de la Loi sur
les soins médicaux pour l'année financière se
terminant le 31 mars 1981.

Je vous prie d'agrérer, Monsieur le Gouverneur
général, l'assurance de mon profond respect.

Le ministre de la Santé nationale et du
Bien-être social,
Monique Bégin



© Minister of Supply and Services Canada 1983

Cat. No. H75-9/1981

ISBN 0-662-52675-9

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1983

N° de cat. H75-9/1981

ISBN 0-662-52675-9

Annual Report of the Minister of National Health and Welfare respecting operations of the Medical Care Act for the fiscal year ended March 31, 1981.

This is the thirteenth report to Parliament, made in accordance with Section 9 of the Medical Care Act.

Program Description

The Medical Care Act (chapter M-8, R.S.C., 1970) received Royal Assent on December 21, 1966. In keeping with a recommendation from the Royal Commission on Health Services in 1964, the Act established a grant-in-aid program whereby the federal government is empowered to make financial contributions to those provinces which operate medical care insurance plans meeting certain minimum criteria. These criteria are embodied in the Act and require the provincial plans to have the following characteristics:

1. **Comprehensive coverage** for all medically required services rendered by a physician or surgeon. There can be no dollar limit or exclusion except on the grounds that the services are not medically required. Certain surgical-dental services rendered by dental surgeons in hospitals have been included as benefits from July 1, 1968.
2. **Reasonable access to insured services by insured persons.** The benefit coverage must be administered in such a way that there will be no impediment or preclusion through financial charges or otherwise to an insured person receiving necessary medical care.
3. **Universal availability** of coverage to all eligible residents of a participating province on uniform terms and conditions and covering, in addition, at least ninety-five per cent of the total eligible population. This ensures access to coverage by all residents and prevents premium discrimination on account of previous health, age, non-membership in a group or other consideration. At the same time, subsidization in whole or in part for certain age groups or low-income groups is permitted if a plan is financed by means of a premium system, provided all qualifying residents are treated equally. Eligibility as a beneficiary is not related to employment insurance groups and, consequently, coverage is not lost when an individual changes jobs.

Rapport annuel du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social sur l'application de la Loi sur les soins médicaux pour l'année financière se terminant le 31 mars 1981.

Le présent rapport établi conformément à l'article 9 de la Loi sur les soins médicaux, est le treizième présenté au Parlement.

Description du programme

La Loi sur les soins médicaux (chapitre M-8, S.R.C., 1970) a reçu la sanction royale le 21 décembre 1966. Conformément aux propositions de la Commission royale sur les services de santé de 1964, la loi a établi un programme de subventions aux termes duquel le gouvernement fédéral a le pouvoir d'accorder, selon certains critères minimaux, une aide financière aux provinces appliquant un régime de soins médicaux. Ces critères sont incorporés dans la loi et obligent les régimes provinciaux à posséder les caractéristiques suivantes:

1. **La garantie tous risques** couvrant tous les services nécessaires dispensés par un médecin ou par un chirurgien. Ce critère n'admet aucune limite monétaire ni exclusion, à moins que les services ne s'imposent pas du point de vue médical. Depuis le 1^{er} juillet 1968, certains services de chirurgie dentaire dispensés dans les hôpitaux par des chirurgiens-dentistes sont également prévus.
2. **L'accès raisonnable des personnes assurées aux services assurés.** L'accès aux services assurés ne doit pas être entravé par des frais d'utilisation excessifs ou d'autres dispositions.
3. **L'application universelle** de la garantie à tous les résidents assurables de la province participante, selon des conditions uniformes, et couvrant au moins 95 p. 100 de la population assurable. Cela permet de garantir l'accès à tous les résidents et d'éviter la discrimination en matière de primes, qu'elle soit fondée sur la santé, l'âge, la non-appartenance à un groupe ou tout autre motif. En outre, si le régime est financé par un système de primes, l'autorité provinciale peut subventionner, en totalité ou en partie, certains groupes d'âge ou des groupes économiquement faibles, à condition que tous les résidents ayant droit à la garantie soient traités équitablement. Le droit à la garantie n'est pas lié à une assurance collective par groupes d'employés, et par conséquent, le changement d'emploi n'entraîne aucune suspension de la garantie.

- 4. Portability of benefits** when beneficiaries are temporarily absent from their own province or when moving from one participating province to another.
- 5. Administration on a non-profit basis** by a public authority which is accountable to the provincial government for its financial transactions.

Federal financial contributions to participating provinces became payable from July 1, 1968, and, originally, were based on half of the national per capita cost of the insured services of the national program, multiplied by the number of insured persons in each province. As a result of a 1976 amendment to the Medical Care Act, the 1976-77 per capita contribution was limited to 113% of the 1975-76 per capita contribution. This ceiling marginally reduced the level of the federal contribution below 50 per cent of the national per capita cost of insured services for that year. New financial arrangements came into effect April 1, 1977, and are discussed later in this report under the heading "Description of Financial Arrangements".

The Medical Care Act excludes from the insurable population of a province members of the Canadian Armed Forces, Royal Canadian Mounted Police and persons serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the Penitentiary Act. These exclusions amount to less than 0.5 per cent of the total population.

Medically required services furnished by medical practitioners to otherwise uninsurable and/or insured residents of a participating province who are eligible and entitled to receive insured services under any other Act of the Parliament of Canada or under any law of a province relating to workers' compensation are not insured services under the Medical Care Act. For example, war veterans entitled to medical care under other federal legislation are excluded from the benefit coverage of the Medical Care Act insofar as their compensable disability is concerned. The relevant federal statutes are as follows:

Aeronautics Act
 Civilian War Pensions and Allowances Act
 Government Employees Compensation Act
 Merchant Seamen Compensation Act
 National Defence Act
 Pension Act
 Royal Canadian Mounted Police Act
 Royal Canadian Mounted Police Pension Continuation Act
 Royal Canadian Mounted Police Superannuation Act
 Veterans Rehabilitation Act

- 4. La transférabilité des prestations** lorsque le bénéficiaire s'absente temporairement de sa province ou déménage dans une autre province participante.
- 5. L'administration sans but lucratif** assurée par un organisme public, responsable de ses opérations financières devant le gouvernement provincial.

Les contributions fédérales ont commencé d'être versées aux provinces participantes le 1er juillet 1968 et, à l'origine, étaient fondées sur la moitié du coût national par habitant des services assurés par le programme national, multiplié par le nombre de personnes assurées dans chaque province. Par suite d'une modification apportée en 1976 à la Loi sur les soins médicaux, la contribution par habitant pour 1976-1977 a été limitée à 113 p. 100 de celle versée pour 1975-1976. Ce plafond a légèrement réduit le niveau de la contribution fédérale à moins de 50 p. 100 du coût national par habitant des services assurés pour l'année en question. De nouveaux accords financiers sont entrés en vigueur le 1 avril 1977 et ceux-ci sont examinés sous la rubrique "Description des dispositions financières".

La Loi sur les soins médicaux exclut de la population assurable d'une province les membres des Forces armées canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, selon la définition qu'en donne la Loi sur les pénitenciers. Le nombre des personnes exclues représente moins de 0,5 p. 100 de la population globale.

Les services médicaux fournis par un médecin aux résidents assurables d'une province participante, qui ont droit aux services assurés en vertu de toute autre loi du Parlement canadien ou de toute loi provinciale portant sur l'indemnisation des accidents du travail ne sont pas des services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux. Par exemple, les anciens combattants ayant droit aux soins médicaux en vertu d'autres lois fédérales sont exclus de la garantie prévue par la Loi sur les soins médicaux en ce qui concerne une affection imputable au service de guerre pour laquelle ils sont déjà indemnisés. Les lois fédérales en question sont les suivantes:

Loi sur l'aéronautique
 Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils
 Loi sur l'indemnisation des employés de l'État
 Loi sur l'indemnisation des marins marchands
 Loi sur la défense nationale
 Loi sur les pensions
 Loi sur la Gendarmerie royale du Canada
 Loi sur la continuation des pensions de la Gendarmerie royale du Canada
 Loi sur la pension de retraite de la Gendarmerie royale du Canada
 Loi sur la réadaptation des anciens combattants

Coverage is automatic for eligible residents in most provinces, subject to any registration requirements being met. In Ontario, coverage is mandatory for persons employed where there are 15 or more persons on the payroll, while coverage is voluntary for the remainder of the population. In Alberta, persons may "opt out" on a yearly basis, but such an election must be for both the provincial hospital insurance and medical care plans. British Columbia has a voluntary plan.

Virtually 100 per cent of the 24.1 million residents of Canada who were eligible for coverage under the Medical Care Program through the various provincial plans were insured in 1980-81.

This is the ninth fiscal year in which medical care insurance plans were in effect in all jurisdictions. The provincial plans have been operational for at least ten years and in most instances for eleven or twelve years.

The dates of entry of the provincial plans were as follows:

Newfoundland	April 1, 1969
Prince Edward Island	December 1, 1970
Nova Scotia	April 1, 1969
New Brunswick	January 1, 1971
Quebec	November 1, 1970
Ontario	October 1, 1969
Manitoba	April 1, 1969
Saskatchewan	July 1, 1968
Alberta	July 1, 1969
British Columbia	July 1, 1968
Yukon	April 1, 1972
Northwest Territories	April 1, 1971

Description of Financing Arrangements

Late in 1976, following several years of negotiations, the provinces and Canada agreed to new financial arrangements for medical care and hospital insurance, among other fiscal matters. This led to the enactment of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, (FPPA/EFF Act) assented to on March 31, 1977, which contains the formulae for calculating the yearly federal contributions to the provinces.

Commencing April 1, 1977, federal contributions to the provinces with respect to the established programs of hospital insurance, medical care and post-secondary education, are no longer directly related to provincial costs¹ but take the form of a block fund that includes:

¹ In respect of post-secondary education, Newfoundland, Prince Edward Island, and Nova Scotia were paid on the basis of \$15 per capita (1967 population) escalated by the rate of growth of eligible operating expenditures in Canada as a whole. In 1972 a 15% year-over-year ceiling was added.

Dans la plupart des provinces, sous réserve que toute condition d'enregistrement soit remplie, les résidents qui ont droit aux soins sont couverts d'office. En Ontario, lorsqu'il y a 15 personnes ou plus inscrites aux listes de paye, les employés du service en question sont couverts obligatoirement; l'assurance est facultative pour le reste de la population. En Alberta, un particulier peut se retirer du régime à la fin de chaque année, mais une telle décision l'oblige à renoncer à la fois au régime provincial d'assurance-hospitalisation et au régime provincial de soins médicaux. La Colombie-Britannique offre un régime volontaire.

En 1980-1981, des 24,1 millions de résidents canadiens ayant droit aux services assurés du Programme de soins médicaux par l'entremise des différents régimes provinciaux, presque tous ont bénéficié de la garantie.

La présente marque la neuvième année financière où il existe un régime de soins médicaux dans toutes les provinces. Les régimes provinciaux sont appliqués depuis au moins dix ans et, dans la plupart des cas, depuis onze ou douze ans.

Les régimes provinciaux se sont joints au programme fédéral aux dates suivantes:

Terre-Neuve	1er avril 1969
Île-du-Prince-Édouard	1er décembre 1970
Nouvelle-Écosse	1er avril 1969
Nouveau-Brunswick	1er janvier 1971
Québec	1er novembre 1970
Ontario	1er octobre 1969
Manitoba	1er avril 1969
Saskatchewan	1er juillet 1968
Alberta	1er juillet 1969
Colombie-Britannique	1er juillet 1968
Yukon	1er avril 1972
Territoires du Nord-Ouest	1er avril 1971

Description des accords de financement

À la fin de 1976, après plusieurs années de négociations, les provinces et le gouvernement du Canada ont convenu de conclure de nouvelles ententes financières pour l'assurance de soins médicaux et l'assurance-hospitalisation, entre autres questions. Ces ententes ont abouti à l'adoption de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, sanctionnée le 31 mars 1977, qui définit les formules utilisées dans le calcul des contributions fédérales annuelles versées aux provinces.

Depuis le 1^{er} avril 1977, les contributions fédérales versées aux provinces, relativement aux programmes établis d'assurance-hospitalisation, de soins médicaux et d'études postsecondaires ne sont plus fonction immédiate des frais provinciaux¹, mais prennent plutôt la forme d'un financement global qui comprend:

¹ En ce qui concerne les études postsecondaires, les provinces de Terre-Neuve, de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Nouvelle-Écosse ont été rémunérées sur une base de 15 \$ par habitant (population de 1967) et ce montant est indexé en fonction du taux d'accroissement des dépenses d'exploitation admissibles au Canada en général. En 1972, un plafond de 15 p. 100 a été ajouté par rapport à l'année précédente.

- a) The transfer to the provinces of tax points² and associated equalization, and
- b) cash payments.

The total federal contributions for these programs are now, in general terms, based on the current escalated value of the 1975-76 federal contributions for the three programs.

The tax point transfer is achieved by way of a reduction in federal taxes which enables the provinces to make corresponding increases in provincial taxes without necessarily increasing the total tax burden on Canadians.

The formula for the cash payments is complex and five factors, which affect all provinces³, are involved:

- a) 50 per cent of the national average per capita federal contributions to the provinces for the established programs in the base year 1975-76, plus the cash equivalent of one personal income tax point on a per capita basis (\$7.63);⁴
- b) provincial population;
- c) an escalator consisting of a three-year moving average of the annual rate of the nominal growth of Gross National Product on a per capita basis;
- d) transitional payments to provinces where the tax transfer and associated equalization are less than the value of the basic cash contribution;
- e) levelling adjustments designed to ensure phased elimination of differences in per capita entitlement under the pre-EFF arrangements; by 1980-81 levelling was complete.

The Minister of Finance allocates the federal cash contribution to each province among the three established programs on the basis of the proportion for the fiscal year 1975-76. The allocation is:

50.5% - Hospital Insurance Program
17.4% - Medical Care Program
32.1% - Post-Secondary Education Financing Program

² One personal income tax point is equal to one per cent of Federal Basic Tax and one Corporate Income Tax point is equal to one per cent of Corporate Taxable Income.

³ Québec receives a special abatement of 8.5 personal income tax points on a fiscal year basis for Hospital Insurance, Medical Care, and Post-Secondary Education. This results in a lower per capita cash payment when compared to other provinces.

⁴ The cash equivalent of one personal income tax point as well as one corporate income tax point in the tax room transferred to the provinces, do not arise from health programs. They are part of an adjustment made to the provinces to settle the question of compensation for termination of the 1972 Tax Reform Guarantee Program and other issues which were outstanding at the time.

- a) le transfert aux provinces de points fiscaux² et de la péréquation qui s'y rattache, et
- b) des versements en espèces.

À l'heure actuelle, la contribution fédérale globale à ces programmes est essentiellement fondée sur la valeur relevée courante de la contribution fédérale de 1975-1976 aux trois programmes.

Le transfert de points fiscaux se fait grâce à une réduction des impôts fédéraux qui permet aux provinces de hausser leurs taux d'impôt sans nécessairement augmenter le fardeau fiscal dans son ensemble.

La formule des versements en espèces est complexe et comporte cinq facteurs qui concernent toutes les provinces³:

- a) 50 p. 100 de la moyenne nationale de la contribution fédérale par habitant accordée aux provinces, pour les programmes établis au cours de l'année de base 1975-1976, plus l'équivalent en espèces, pour chaque habitant, d'un point fiscal sur le revenu personnel (7,63 \$);⁴
- b) la population provinciale;
- c) un facteur de progression, c'est-à-dire une moyenne mobile, calculée sur une période de trois ans, du taux nominal d'accroissement du Produit national brut, par habitant;
- d) des paiements de transition aux provinces lorsque les versements de transfert d'impôt et de péréquation sont inférieurs à la valeur de la contribution de base en espèces;
- e) des redressements visant à éliminer progressivement les différences dans les contributions versées par habitant en vertu d'accords antérieurs à la Loi sur le financement des programmes établis; les redressements ont été achevés en 1980-1981.

Le ministre des Finances répartit la contribution fédérale en espèces accordée à chaque province entre les trois programmes établis, en fonction du prorata pour l'année financière 1975-1976. La répartition est la suivante:

50,5 % - Programme d'assurance-hospitalisation
17,4 % - Programme d'assurance de soins médicaux
32,1 % - Programme de financement des études postsecondaires

² Un point d'impôt sur le revenu des particuliers est égal à 1 p. 100 de l'impôt fédéral de base et un point d'impôt sur le revenu des corporations est égal à 1 p. 100 du revenu imposable des corporations.

³ La province de Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points fiscaux sur le revenu des particuliers calculé selon l'année financière pour l'assurance-hospitalisation, les soins médicaux et les études postsecondaires. C'est la raison pour laquelle le paiement en espèces par habitant est moins élevé au Québec que dans les autres provinces.

⁴ L'équivalent en espèces d'un point d'impôt sur le revenu des particuliers, ainsi qu'un point fiscal sur le revenu de corporation du champ d'imposition cédé aux provinces n'ont pas été accordés à cause des programmes de santé. En effet, ces gains des provinces font partie de ce que le gouvernement fédéral leur a accordé pour compenser l'abolition du Programme de garantie - réforme fiscale 1972 et pour régler d'autres questions à l'époque.

The allocated cash contributions for the health programs are deemed to be the contributions payable under the Hospital Insurance and Diagnostic Services and the Medical Care Acts. The cash contributions are payable by the Minister of National Health and Welfare who is responsible to Parliament for ensuring that the provincial plans continue to meet the program criteria. Contributions are conditional upon the corresponding provincial hospital and medical care insurance plans continuing to meet the program criteria of the federal health insurance legislation respecting such matters as the comprehensiveness of insured services covered, universality of population covered, reasonable access to insured services without impediment by way of user charges or otherwise, portability, adequate standards of care and public administration on a non-profit basis. Under these financial arrangements, provinces now have greater flexibility in the use of their own funds and the federal contributions than that which pertained under direct cost sharing.

Also, under the FPFA/EPF Act, as of April 1, 1977, the federal government is making additional equal per capita cash contributions to the provinces towards the cost of extended health care services not covered by the Medical Care and Hospital Insurance Programs. These services are: nursing home intermediate care, adult residential care, converted mental hospitals, home care (health aspects), and ambulatory health care services. The extended health care services contribution is estimated at \$26.86 per capita or \$646 million overall for 1980-81, and is subject to yearly escalation in the same manner as the basic cash contributions. The only condition of payment of the extended health care services program is that the provinces furnish to the Minister of National Health and Welfare such information as is reasonably required by Canada to carry out its international obligations, for the planning and achieving of national standards, and for mutually useful exchanges of information between Canada and the provinces in relation to health care.

Program Changes and Developments

The rendering of charges by medical practitioners that are in excess of provincial plan benefit levels (extra-billing) continued to be a prominent public issue. Not all provinces collected data on such additional charges. However, on a nation-wide basis, estimates prepared after the close of the fiscal year indicate that during calendar year 1980, 12 per cent of medical practitioners in fee-for-service practice were involved in extra-billing. Nationally, extra-billing amounted to an estimated \$55 million in 1980.

Les contributions en espèces affectées aux programmes de santé sont considérées comme étant payables en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et de la Loi sur les soins médicaux. Ces contributions en espèces doivent être versées par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social qui est chargé par le Parlement de s'assurer que les régimes provinciaux continuent de satisfaire aux critères du Programme. Ces contributions sont conditionnelles, en ce sens que les régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux doivent continuer de satisfaire aux critères de la Loi fédérale sur l'assurance-santé concernant des points comme la garantie tous risques des services assurés couverts, l'application universelle de la garantie à tous les résidents assurables, l'accès raisonnable aux services assurés sans qu'il soit entravé par des frais d'utilisation excessifs ou d'autres dispositions, la transférabilité des prestations, des normes suffisantes en matière de soins, et l'administration sans but lucratif assurée par un organisme public. En vertu des nouveaux accords financiers, les provinces jouissent maintenant d'une plus grande souplesse quant à l'utilisation de leurs propres fonds et des contributions fédérales que dans le contexte du partage direct des frais.

De plus, en vertu de la Loi sur le financement des programmes établis, le gouvernement fédéral verse aux provinces, depuis le 1^{er} avril 1977, des contributions supplémentaires en espèces, soit une somme équivalente pour chacune de celles-ci, calculée selon une formule par habitant, afin de les aider à assumer les frais de certains services complémentaires de santé non prévus par les Programmes de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation. Il s'agit des services suivants: les soins courants en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les hôpitaux psychiatriques convertis, les soins à domicile (l'aspect santé) et les soins ambulatoires. La contribution relative aux services complémentaires de santé est évaluée à 26,86 \$ par habitant, ce qui représente un montant global de 646 millions de dollars pour l'année 1980-1981, et elle augmentera annuellement de la même manière que les autres contributions en espèces de base. La seule condition de paiement dans le cadre du programme de services complémentaires de santé est que les provinces fournissent au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social les données dont a besoin le gouvernement du Canada pour s'acquitter de ses obligations internationales, élaborer et appliquer des normes nationales et assurer un échange efficace de renseignements avec les provinces en matière de services de soin.

Changements aux programmes et nouveaux faits

La question des frais facturés par les médecins en sus des tarifs fixés par les régimes provinciaux (facturation supplémentaire) a continué d'être une préoccupation majeure par le gouvernement. Les provinces n'ont pas toutes recueilli des données sur ces facturations supplémentaires. Cependant, les estimations effectuées après la clôture de l'exercice financier, indiquent que durant l'année civile 1980, 12 p. 100 des médecins rémunérés à l'acte ont exigé des honoraires supplémentaires. À l'échelle nationale, le montant des honoraires supplémentaires a été évalué à environ 55 millions de dollars en 1980.

The Act does not prohibit extra-billing, which has existed in most provinces from the time of their participation in the Medical Care Program. Rather, the Act requires that a plan of a province be operated "on a basis that provides for reasonable compensation for insured services rendered by medical practitioners and that does not impede or preclude, either directly or indirectly whether by charges made to insured persons or otherwise, reasonable access to insured services by insured persons."

The Report of Mr. Justice Emmett M. Hall

On September 3, 1980 the Report of the Special Commissioner, Mr. Justice Emmett M. Hall, respecting "Health Services Review '79" (discussed in the 1979-80 Medical Care Annual Report) was released. In the course of the Review, public meetings were held in every province and the Northwest Territories. The Commissioner had received some 450 submissions. In his report, entitled Canada's National - Provincial Health Program for the 1980's, the Commissioner observed that "I found no one, not any Government or individual, not the Medical Profession nor any organization, not in favor of Medicare."⁵

The report dealt at some length with matters related to the Medical Care Program. The Commissioner described the "Dominant Issues" as "the growing practice by physicians to extra-bill; the controversies that flow from the conflicts between the Medical Profession and the Provinces over the scale of fees payable to physicians."⁶ The report stressed the following arguments, among others:

"The real point is the right of physicians to be adequately compensated for their services: no more, no less.

I reject totally the idea that physicians must accept what any given Province may decide unilaterally to pay. I reject too, as I did in the report of the Royal Commission, the concept of extra-billing."⁷ This led to the following recommendations:

"My conclusion and recommendation is that when negotiations fail and an impasse occurs, the issues in dispute must be sent to binding arbitration, to an arbitration board consisting of three persons, with an independent chairperson to be named by the chief justice of the relevant Province and one nominee from the profession and one from the Government."⁸ The report goes on to recommend that provinces "outlaw extra-billing" and "agree to accept binding arbitration as now proposed". The report also observes that the Federal Government "does have a responsibility to set objectives which will reaffirm the national character of Canada's medical care program. The Medical Care Act should be revised to provide:

La loi n'interdit pas la facturation supplémentaire qui se pratique dans la plupart des provinces depuis le début de leur participation au programme de soins médicaux. La loi stipule plutôt que les régimes provinciaux doivent se fonder sur "un barème qui offre une compensation raisonnable pour les services assurés que rendent les médecins et qui n'écarte ni n'exclut, directement ou indirectement, soit au moyen d'honoraires exigés des personnes assurées soit autrement, une possibilité raisonnable pour les personnes assurées de bénéficier de services assurés".

Rapport du Juge Emmett M. Hall

Le Commissaire spécial, le juge Emmett M. Hall, a publié, le 3 septembre 1980, son rapport sur la "Commission d'examen des services de santé - 1979" (dont il est question dans le rapport annuel sur les soins médicaux de 1979-1980). Dans le cadre de cette commission, des assemblées publiques ont été tenues dans toutes les provinces et les Territoires du Nord-Ouest. Le Commissaire a reçu quelque 450 présentations. Dans son rapport intitulé: "Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980", le Commissaire déclare: "Chez les particuliers et parmi les membres des gouvernements, de la profession médicale et des associations établies de santé, je n'ai trouvé personne qui n'était pas en faveur du Programme de soins médicaux".⁵

Le rapport traite en détail des questions relatives au Programme de soins médicaux. Le Commissaire décrit "les questions principales" comme étant: "le nombre croissant de médecins qui exigent des honoraires additionnels" et "les controverses découlant de conflits mettant aux prises la profession médicale et les provinces au sujet du barème (sic) des honoraires à payer aux médecins". Les arguments suivants sont apportés dans le rapport.

Le point essentiel est le droit des médecins de recevoir une rémunération adéquate pour leurs services; ni plus, ni moins.

Je rejette complètement l'idée que les médecins doivent accepter les tarifs fixés unilatéralement par n'importe quelle province. Je rejette aussi, comme je l'ai fait dans le rapport de la Commission royale d'enquête, le concept des honoraires additionnels.⁷ Le Commissaire enchaîne avec les recommandations suivantes:

"En conclusion, je recommande que lorsque les négociations échouent et qu'elles aboutissent à une impasse, les points de litige doivent être soumis à des fins d'arbitrage obligatoire, à un conseil d'arbitrage composé de trois personnes: un Président indépendant nommé par le juge en chef de la province en cause et deux personnes désignées pour représenter respectivement la profession médicale et le gouvernement."⁸ Il est indiqué dans le rapport que les provinces "ont le pouvoir de déclarer illégale la pratique des honoraires supplémentaires" et "accepte elle-même l'arbitrage obligatoire tel que (sic) proposé". Le rapport mentionne également que le gouvernement fédéral "a cependant la responsabilité de fixer des objectifs qui soulignent le caractère national du programme de soins médicaux au Canada. La loi sur les soins médicaux devrait être revisée de façon à décréter:

⁵ The Honourable Emmett M. Hall, Canada's National - Provincial Health Program for the 1980's. (Saskatoon, Saskatchewan, 1980) p. 2.

⁶ Hall p. 23

⁷ Hall p. 27

⁸ Hall p. 28

⁵ Le juge Emmett M. Hall, Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980. (Saskatoon, Saskatchewan, 1980) p. 2.

⁶ Hall p. 23

⁷ Hall p. 27-28

⁸ Hall p. 28

- 1) That extra-billing by physicians inhibits reasonable access to services and is contrary to the intent and purpose of the act.
- 2) That the Provinces should develop a mechanism to ensure reasonable compensation to physicians."⁹

In concluding this section of his report Mr. Justice Hall referred to the concern over the supply of doctors and doctors' expectations for "reasonable" income levels. He stated that the "doctor supply dilemma must be addressed, otherwise there will be increasing conflict between doctors and provincial paying agencies over fee schedules."¹⁰ The report made recommendations for medical manpower studies.

The report also mentioned that: "The program must be Canada-wide in its basic provisions. It must apply universally. The population is very mobile. Different modes of billing patients in different provinces can only lead to confusion and denial of accessibility to many."¹¹

The Commissioner cited the nature of the complaints submitted about receiving insured services "in another Province", and noted that: "The major problems seem concentrated on administration, particularly with regard to proof of insured status;....Many doctors and hospitals are solving their problems by requiring payment in advance. This creates problems for patients."¹²

The commissioner went on to recommend that "the Provincial Ministers and their counterparts in the Territories meet and work out this problem which is one of great annoyance to many Canadians."¹³

In respect of entitlement and premiums, Mr. Justice Hall observed "during the public hearings, I was surprised at the wealth of complaints regarding the numbers of persons reported by community groups and by medical and hospital spokesmen, as not being insured in the three provinces of Alberta, British Columbia and Ontario which still levy premium taxes..."

The extent of the problem is unknown. The numbers of uninsured is unknown, although some witnesses indicated that it might be more than 5 per cent tolerance permitted under the federal law. I do conclude that this matter requires immediate investigation."¹⁴

He also recommended: "that as economic conditions improve throughout Canada, the three Provinces in question should give serious consideration to dropping the premium system, probably by yearly stages over a period of,

- 1) Que la pratique des honoraires supplémentaires par les médecins empêche une accessibilité raisonnable aux services et qu'elle est contraire à l'esprit et à l'objectif de la loi.
- 2) Que les provinces devraient mettre en place un mécanisme qui assure aux médecins une rémunération raisonnable"⁹.

En terminant cette partie de son rapport, le juge Hall fait allusion aux préoccupations que suscitent les ressources en main-d'œuvre médicale et les attentes des médecins relativement au niveau de revenus "raisonnables". Il déclare que: "On doit faire face au dilemme causé par la potentiel médecin, sinon il y aura aggravation du conflit entre les docteurs et les agences de paiement provinciales au sujet de l'échelle des tarifs"¹⁰. Il recommande également la mise en oeuvre d'études sur la main-d'œuvre médicale.

Le rapport signale également que: "un programme dont les clauses fondamentales doivent s'appliquer universellement à tout le Canada où la population se déplace très facilement. L'existence de différentes méthodes d'imposer des honoraires dans différentes provinces ne peut qu'aboutir à la confusion et au refus de l'accèsibilité de bien des gens aux services"¹¹.

Le Commissaire a exposé la nature des plaintes formulées concernant les services assurés fournis dans une autre province et a déclaré: "Les problèmes majeurs semblent se concentrer sur l'administration, surtout lorsqu'il s'agit de prouver que l'on est assuré.... Un grand nombre de docteurs et d'hôpitaux ont résolu leurs problèmes en exigeant des paiements à l'avance, mais cela crée des problèmes pour les malades"¹².

Le Commissaire recommande donc que: les ministres provinciaux et leurs collègues des Territoires se rencontrent afin de résoudre ce problème qui est un vrai casse-tête pour bien des Canadiens"¹³.

En ce qui concerne l'admissibilité et les primes, le juge Hall a déclaré: "durant les audiences publiques, je fus surpris du nombre de griefs relatifs à la quantité de personnes qui, selon des groupes communautaires et les porte-paroles (*sic*) de médecins et d'hôpitaux, n'étaient pas assurées dans les trois provinces de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et de l'Ontario qui prélèvent toujours des impôts sur les primes..."

L'étendue du problème nous échappe. On ne connaît pas le nombre de personnes non assurées, quoique des témoins aient indiqué que ce nombre dépasse les 5 pour-cent (*sic*) de tolérance requis par la loi fédérale. J'en conclus que l'on étudie ce sujet le plus rapidement possible"¹⁴.

Il a aussi déclaré: "par suite de l'amélioration de la situation économique au Canada, les trois provinces en question devraient songer sérieusement à abandonner le système des primes; cela pourrait se faire par

⁹ Hall p. 28-29

¹⁰ Hall p. 33-34

¹¹ Hall p. 30

¹² Hall p. 39

¹³ Hall p. 40

¹⁴ Hall p. 46

⁹ Hall p. 28-29

¹⁰ Hall p. 34

¹¹ Hall p. 30

¹² Hall p. 39

¹³ Hall p. 40

¹⁴ Hall p. 46-47

say, five years, thus bringing all Canadian residents into the same pattern of coverage and accessibility."¹⁵

In addressing the matter of federal funding arrangements and provincial spending, the special Commissioner noted that: "During the course of my hearings, there were allegations that some provinces had 'diverted' 'federal health funds' to other than health purposes, and that, as a consequence, some provincial programs have been 'underfunded', thereby causing some doctors to 'opt-out' and/or extra-bill, resulting in an 'eroding' of the Medicare Program.

I have concluded, after examining the evidence, that we are confronted in these allegations with two major issues which are distinct and not necessarily related. The first is the complex question of the effects of the transfer of federal funds to the provinces under The Established Programs Fiscal Arrangements Act (1977). The second, of course, is whether the provinces are fulfilling the conditions of The Hospital Insurance and The Medical Care Insurance Acts.

Several briefs presented in the public hearings endeavored to link the federal funding arrangements with the provincial programs. But that there is not necessarily a direct relationship between the two is evident when one considers that a Provincial Government might well spend far more than the Federal Government envisaged, and yet not meet the health program requirements."¹⁶

After discussion, the Commissioner wrote with respect to the conditions: "I conclude therefore that the first part of the allegation, namely that, 'federal health dollars are being diverted' is not established. That Provincial Governments should have more autonomy in allocating resources to health, in the expectation that they would reduce the rates of growth in the two previously cost-shared programs of hospital and medical care insurance, was a primary purpose of the change to block-funding.

Only the cash grant was (and remains) a conditional payment from the Federal Government to the Provinces, and it is clear that all of the funds received by the Provinces under the cash grant are being allocated to health programs."¹⁷

The Hall Commission Report was a subject of major consideration at two Conferences of Provincial and Territorial Ministers of Health. The second conference (December 15, 16, 1980) concluded "with a renewed commitment to the concepts and principle of medicare".

During the year there were also two Federal/Provincial/Territorial Conferences of Deputy Ministers of Health which, among other things, dealt with issues arising from the review by Mr. Justice Hall.

étapes successives d'une année à l'autre pendant, disons, une période de cinq ans; de cette façon, tous les Canadiens auraient accès à un même plan qui assurerait leur protection"¹⁵.

Au sujet de la question des accords concernant l'allocation des fonds fédéraux et les dépenses des provinces, le Commissaire spécial a déclaré: "Au cours des audiences que je présidais, l'on a soutenu que quelques provinces avaient utilisé 'les fonds fédéraux de santé' à la réalisation d'objectifs non sanitaires, avec le résultat que quelques programmes provinciaux se trouvaient 'sans fonds suffisants' et que quelques médecins décidèrent de se retirer du programme ou d'exiger des honoraires additionnels. Le programme des soins médicaux en 'souffrit'.

Après examen de ces dépositions, j'en suis venu à la conclusion que nous avions affaire à deux points importants, distincts et pas forcément connexes, à savoir, en premier lieu, le problème complexe de la transférabilité de fonds fédéraux aux provinces dans le cadre de la Loi sur les accords fiscaux pour les programmes établis (1977) et ensuite, comme il fallait s'y attendre, le fait de savoir si les provinces observaient les conditions stipulées par les lois sur l'assurance-hospitalisation et l'assurance des soins médicaux.

Dans plusieurs mémoires présentés aux audiences publiques, l'on s'efforça d'établir une corrélation entre les accords concernant l'allocation des fonds fédéraux et les programmes provinciaux, mais l'existence d'une corrélation étroite n'est pas nécessairement évidente quand on (*sic*) considère que les dépenses du gouvernement d'une province peuvent dépasser de beaucoup celles du gouvernement fédéral, sans pour cela satisfaire les exigences du programme de santé"¹⁶.

Après discussion, le Commissaire a déclaré, en ce qui concerne les conditions: "J'en conclus que la première partie de l'accusation, à savoir que 'les dollars que le gouvernement fédéral allouaient (*sic*) à des programmes de santé ont été utilisés à d'autres fins' n'est pas fondée. Les gouvernements provinciaux devraient avoir plus de liberté dans la répartition des fonds aux programmes de santé si l'on s'attend à freiner l'expansion des régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux, les deux programmes dont la mise en œuvre était assurée auparavant par le plan des frais partagés; c'est la raison principale qui explique l'adoption de l'octroi des sommes globales.

Seul le système d'octrois au comptant constituait (et constitue toujours) un paiement sous réserves du gouvernement fédéral aux provinces, et il est évident que la totalité des fonds reçus par les provinces sous forme d'octrois au comptant a été allouée à des programmes de santé"¹⁷.

La Commission Hall a fait l'objet d'une attention spéciale lors des deux conférences provinciales et territoriales des ministres de la Santé. La deuxième conférence (tenue les 15 et 16 décembre 1980) s'est terminée par "l'engagement renouvelé des participants à l'égard du concept et des principes de l'assurance-maladie".

Il y a également eu, au cours de l'année, deux conférences fédérale-provinciale et territoriale des sous-ministres de la Santé où on a étudié, entre autres, sur les questions soulevées dans le rapport du juge Hall.

15 Hall p. 41

16 Hall p. 9

17 Hall p. 11

15 Hall p. 42

16 Hall p. 9

17 Hall p. 11

The Medical Care Program also came under the purview of a Parliamentary Task Force on Federal-Provincial Fiscal Arrangements, which began work after the close of the fiscal year. The Order of Reference of February 5, 1981, establishing the Task Force reads as follows:

"That the committee examine the programs authorized by the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, focussing, in particular, on fiscal equalization, the tax collection agreements, the Canada Assistance Plan, and Established Programs Financing; and that this examination take place within the context of the government's expenditure plan as set out in the October 28, 1980 budget."

Selected Changes in Provincial Plans

Surveillance of legislative and regulatory changes in the various provincial plans has been continued. While there was concern expressed about the effects of extra-billing, premiums, and problems of eligibility and portability, as mentioned above, all provinces continued to adhere to the conditions of the Act. The Department of National Health and Welfare continued to follow up with the provinces concerned all allegations to the contrary which came to its attention.

Changes which occurred in provincial plans during the fiscal year include the following:

- Effective July 1, 1980, premiums for the Medical Services Plan of British Columbia were raised from \$7.50 to \$8.50 for a single person, from \$15.00 to \$17.00 for a couple and from \$18.75 to \$21.25 for families of three or more. In British Columbia the policy is to set premium revenues at about 35 per cent of medical care plan costs.
- Effective January 1, 1981, Alberta established a committee of the College of Physicians and Surgeons of Alberta as a formal body for the assessment of physicians' bills. Among other things, the "Committee may refuse to allow a bill, account or claim or part of a bill, account or claim that in its opinion is excessive having regard to the circumstances of the matter."
- Effective July 1, 1980, premiums for Alberta Health Care Insurance Plan were raised from \$7.65 to \$8.65 for single persons and from \$15.30 to \$17.30 for families.
- As of September 1980 it is no longer necessary for New Brunswick's physicians to seek prior approval from the Department of Health before referring patients to physicians located outside the province.
- In Prince Edward Island, an Act to Amend the Health Services Payment Act came into force April 1, 1980. The amending Act introduces selective opting-out of the Plan. Physicians can now opt-out of the Plan when treating certain patients or providing certain services without having to elect to opt-out of the Plan for all of their services. The patient must be informed prior to treatment and the

Le programme de soins médicaux relève également de la compétence du groupe de travail parlementaire sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, constitué après le clôture de l'exercice financier. Le mandat du 5 février 1981 constituant le groupe de travail se lit comme suit:

"Que le Comité étudie les programmes autorisés par la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis en s'occupant en particulier de la péréquation, des accords de perception fiscale, du Régime d'assurance publique du Canada et du financement des programmes établis; et que cette étude se fasse dans le contexte du plan des dépenses du gouvernement exposé dans le budget du 28 octobre 1980".

Certains changements apportés aux régimes provinciaux

La surveillance des modifications apportées aux lois et aux règlements des différents régimes provinciaux s'est poursuivie. Malgré les inquiétudes exprimées au sujet de la facturation supplémentaire, des primes et des problèmes d'admissibilité et de transférabilité déjà mentionnées, toutes les provinces ont continué à satisfaire aux exigences de la loi. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a poursuivi sa surveillance auprès des provinces lorsqu'il soupçonnait que ces exigences n'étaient pas respectées.

Les changements apportés aux régimes provinciaux au cours de l'année financière sont les suivants:

- Le 1^{er} juillet 1980, la Colombie-Britannique a haussé les primes de son régime de services médicaux de 7,50 \$ à 8,50 \$ pour une personne seule, de 15 \$ à 17 \$ pour un couple et de 18,75 \$ à 21,25 \$ pour une famille de trois personnes ou plus. Dans cette province, la règle de conduite est de fixer les recettes tirées des primes à environ 35 p. 100 du coût du régime de soins médicaux.
- Le 1^{er} janvier 1981, l'Alberta a constitué un comité du Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta et l'a chargé d'évaluer les factures des médecins. Entre autres choses, le "Comité peut refuser d'autoriser une facture, un compte ou une réclamation ou une partie d'une facture, d'un compte ou d'une réclamation qu'il juge excessif, compte tenu des circonstances."
- Le 1^{er} juillet 1980, l'Alberta a haussé les primes de son régime d'assurance-maladie de 7,65 \$ à 8,65 \$ pour une personne seule et de 15,30 \$ à 17,30 \$ pour une famille.
- Depuis septembre 1980, les médecins du Nouveau-Brunswick ne sont plus tenus d'obtenir l'autorisation du ministère de la Santé avant de diriger leurs malades vers des médecins situés à l'extérieur de la province.
- A l'Île-du-Prince-Édouard, une loi modifiant la Health Services Payment Act est entrée en vigueur le 1^{er} avril 1980. L'amendement permet la non-participation sélective au régime. Les médecins peuvent maintenant choisir la non-participation lorsqu'ils traitent certains malades ou qu'ils fournissent certains services sans avoir à se retirer complètement du régime pour l'ensemble de leurs services. Le

amount of extra-billing must be reported to the Commission.

- The April 1, 1980 agreement between the Province and the Prince Edward Island Medical Society also established a Committee, comprised of 6 members (2 from government, 2 from the medical society and 2 from the general public), whose mandate is to analyse the extent and pattern of opting-out, review the effect on access to services, and undertake related studies.
- Increases in the schedules of payments for medical practitioners were implemented in all provinces and territories, except Ontario.

The Appendix contains a tabular summary of provincial medical care and hospital insurance plans, as of January 1, 1981. It should be noted, however, that this information is subject to change. Detailed descriptions of each provincial medical care insurance plan may be obtained from the Director, Health Insurance, Health Services and Promotion Branch, Department of National Health and Welfare, Ottawa, Ontario, K1A 1B4.

Medical Care Program - Administration

The purpose of the Medical Care Act is to ensure that all residents of Canada can have access to necessary care on a pre-paid basis by authorizing the federal government to provide financial assistance to the provinces. To do this effectively, the program has been organized on the basis of three interrelated activities:

1. Administration of the Medical Care Act.
2. Provision of advisory services to the provinces on various aspects of the provincial medical care insurance plans.
3. Conducting studies, and providing technical and professional consultative services to the provinces and other appropriate bodies on the planning, delivery and utilization of medical services.

The Health Services and Promotion Branch is responsible for the administration of the Medical Care Act, the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, and the program for Extended Health Care Services. Other responsibilities of the Branch include the administration of the Health Resources Fund Act, studies and advice on health care services and related matters, administration of the National Health Research and Development Program, the development of health standards and guidelines, and health promotion activities.

The Health Insurance Supplementary Fund, which is administered by the Health Services and Promotion Branch, provides for the payment of claims for the insured services of the Medical Care and the Hospital Insurance and Diagnostic Services Acts for residents of Canada who have been unable to obtain coverage or have lost coverage through no fault of their own. During 1980-81, payment amounted to \$9,667.40. After replenishment of the Fund

malade doit en être informé avant le traitement, et le montant de la facturation supplémentaire doit être signalé à la Commission.

- L'accord conclu le 1^{er} avril 1980 entre la province et la Prince Edward Island Medical Society prévoyait également la création d'un comité composé de 6 membres (2 représentants du gouvernement, 2 représentants de l'association médicale et 2 personnes choisies dans la collectivité) dont la responsabilité est d'analyser la nature et l'étendue de la non-participation, d'analyser ses répercussions sur l'accessibilité des services et d'entreprendre des études connexes.
- Une majoration des honoraires des médecins est entrée en vigueur dans toutes les provinces et les territoires, sauf en Ontario.

L'annexe comprend un tableau récapitulatif des régimes provinciaux de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation, au 1^{er} janvier 1980. Il est à noter, toutefois, que ces renseignements ne sont pas invariables. Il est possible d'obtenir une description détaillée de tous les régimes provinciaux de soins médicaux en s'adressant au Directeur de l'Assurance-santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa (Ontario) K1A 1B4.

Programme de soins médicaux - Administration

La Loi sur les soins médicaux a pour objet de garantir à tous les habitants du Canada l'accès aux soins médicaux nécessaires, payés d'avance, et d'autoriser à cette fin le gouvernement fédéral à fournir aux provinces une aide financière. Pour garantir son efficacité, le programme a été élaboré de façon à couvrir trois domaines d'activités apparentées:

1. l'application de la Loi sur les soins médicaux;
2. la création de services consultatifs, destinés aux provinces, sur les divers aspects des régimes provinciaux de soins médicaux;
3. la conduite d'études et la création de services consultatifs d'ordre technique et professionnel, destinés aux provinces et aux organismes intéressés, dans le domaine de la planification, de la distribution et de l'utilisation des services médicaux.

La Direction générale des services et de la promotion de la santé est chargée de surveiller l'application de la Loi sur les soins médicaux, de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, du Programme des services complémentaires de santé, de la Loi sur la Caisse d'aide à la santé. Elle entreprend des études, fournit des services de consultation dans le domaine des soins et services de santé et d'autres sujets connexes, gère le programme national de recherche et de développement en matière de santé, et voit à la création de normes et de lignes de conduite dans le domaine de la santé et à l'organisation des activités de promotion de la santé.

La Caisse supplémentaire d'assurance-santé, gérée par la Direction générale des services et de la promotion de la santé, prévoit le paiement d'indemnités, pour les services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux et de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, aux habitants du Canada qui n'ont pu obtenir la protection ou qui ont perdu leur droit à celle-ci sans que ce soit de leur faute. Au cours de l'année 1980-1981, les versements se sont élevés à 9667,40 \$.

by the provinces and territories, the closing balance, as of March 31, 1981, was \$47,830.70.

Selected Activities

The federal-provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Services met twice during the year. The specific functions of this Committee, which consists of senior provincial and territorial health insurance plan officials, as well as representatives of the federal government, are to:

1. Consider specific issues delegated by the Conference of Deputy Ministers of Health, or accepted by a significant number of the provinces as matters where a general consensus of informed opinion would be helpful, and make recommendations where appropriate.
2. Promote federal/provincial co-ordination of medical and institutional needs of Canadians on a provincial, national and international level.
3. Exchange information, or arrange for the exchange of information, which is of interest to a significant number of members of the Advisory Committee.
4. Serve as a forum that will offer a means of contact between the federal and provincial governments and national health organizations.

Items of particular interest discussed at these meetings included: standard outpatient rates for insured services provided in other provinces; reciprocal process billing arrangements between provinces for inpatient services; Federal-Provincial Agreement on Eligibility and Portability; Hospital and Medical Care Insurance; a proposal by the Canadian Hospital Association (CHA) to develop a standardized management information system; physician's income study; patient audit programs; specialty shortages and incentive programs; claims systems and processing of claims; payment systems for out-of-province services; billings and payments for psychotherapy and counselling services; the Canadian Red Cross Society's budgets for the blood transfusion and donor recruitment services; exchange of information on additional health program benefits provided by provinces; a computerized health facilities planning system; continuing development of guidelines for special services in hospitals.

The Department continued to provide data on physician's earnings and expenses of practice to provincial medical care insurance plans and provincial medical associations during the year. Similar studies of other categories of health professionals were also continued at the request of the provinces. In-depth comparative analyses of utilization and cost experience of the provincial medical care insurance plans were also undertaken.

Information and views continued to be exchanged with provincial officials, representatives of professional associations, academics, and representatives of foreign governments interested in Canada's national health insurance

Les provinces et les territoires ayant renfloué la Caisse, le solde au 31 mars 1981 était de 47 830,70 \$.

Activités d'intérêt

Le Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement s'est réuni deux fois cette année. Formé des dirigeants provinciaux et territoriaux des régimes d'assurance-santé ainsi que des représentants du gouvernement fédéral, ce Comité avait le mandat suivant:

1. Examiner les questions particulières confiées au Comité consultatif par la Conférence des sous-ministres de la Santé, ou considérées par un nombre suffisant de provinces comme nécessitant une unanimité d'opinion bien informée, et faire les recommandations qui s'imposent.
2. Promouvoir la coordination au niveau fédéral et provincial des besoins en soins en établissement des Canadiens, à l'échelon provincial, national et international.
3. Échanger des renseignements, ou veiller à ce que l'on échange des renseignements qui intéressent un nombre suffisant de membres du Comité consultatif.
4. Servir de point de rencontre entre le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et les organismes nationaux de santé.

Parmi les questions soulevées pendant ces réunions, mentionnons: les tarifs des services assurés des consultations externes fournies dans d'autres provinces; les accords entre les provinces concernant la facturation réciproque des services aux malades hospitalisés; l'accord fédéral-provincial concernant l'admissibilité et la transférabilité de l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie; une proposition de l'Association des hôpitaux du Canada concernant la création d'un système normalisé d'information de gestion; une étude sur le revenu des médecins; les programmes de vérification des patients; le manque de main-d'œuvre spécialisée et les programmes d'encouragement; les systèmes de réclamation et le traitement des réclamations; les systèmes de paiement des services dispensés dans une autre province; la facturation et le paiement des services de psychothérapie et de counseling; la portion du budget de la Société canadienne de la croix rouge affectée aux services de transfusion sanguine et de recrutement des donneurs de sang; l'échange de renseignements sur les avantages supplémentaires des programmes de santé offerts dans les provinces; un système informatisé de planification des établissements de santé et la poursuite de l'élaboration de directives concernant les services hospitaliers spéciaux.

Au cours de l'année, le Ministère a continué de fournir des données sur les gains et les dépenses des médecins aux administrateurs des régimes provinciaux de soins médicaux et aux associations médicales provinciales. À la demande des provinces, des études analogues sur d'autres catégories de spécialistes de la santé ont également été poursuivies. On a également procédé à des analyses comparatives approfondies sur l'utilisation et le coût des régimes provinciaux de soins médicaux.

Des échanges de renseignements et de points de vue se sont poursuivis avec les hauts fonctionnaires provinciaux, les universitaires et les représentants d'associations professionnelles et de gouvernements étrangers qui s'intéressent

programs. Ongoing national and international interest in these programs was reflected in the many requests for information received by the Department.

Financial Experience

During the fiscal year 1980-81, federal payments made with respect to the Medical Care Program under section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977 to the provinces and territories totalled \$859,607,000.

Payments by Canada to the provinces and territories for the fiscal years 1976-77 to 1980-81 are detailed in Table 1. These represent payments under section 6 of the Medical Care Act 1966-67 and section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, depending upon the year in question, and include compensation for the termination of the 1972 Revenue Guaranteed Program (where applicable). Table 2 details advance payments for these years but excludes Revenue Guarantee Compensation payments. Table 3 deals with contributions by Canada to the provinces; these data also exclude the Revenue Guarantee Compensation payments. For 1976-77, contributions were on a cash basis only. From 1977-78 onwards, contributions consisted of a combination of tax room transfers to the provinces and cash, as explained under the "Description of Financing Arrangements" section of this report.

aux programmes nationaux d'assurance-maladie au Canada. L'intérêt que suscitent les programmes canadiens à l'échelle nationale et internationale continue de se manifester par le nombre élevé de demandes de renseignements adressés au Ministère.

Rapport financier

Au cours de l'année financière 1980-1981, les versements fédéraux aux provinces et territoires, en vertu de l'article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, se sont chiffrés à environ 859,607,000 \$.

Les versements du Canada aux provinces et aux territoires pour les années financières de 1976-77 à 1980-81 sont indiqués au tableau 1. Ces chiffres représentent les versements faits en vertu de l'article 6 de la Loi de 1966-1967 sur les soins médicaux ou de l'article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, selon l'année en question, et comprennent, le cas échéant, les indemnités versées en raison de la terminaison du Programme de revenus garantis de 1972. Le tableau 2 indique les versements anticipés pour ces années financières, mais ne comprend pas les indemnités relatives au Programme de revenus garantis. Le tableau 3 porte sur les contributions du Canada aux provinces mais ces données ne comprennent pas les indemnités du Programme de revenus garantis; en 1976-1977, les contributions ont été faites en espèces seulement. Depuis 1977-1978, les contributions sont faites sous la forme de transferts de champs d'imposition aux provinces et de versements en espèces, comme l'explique la rubrique: "Description des accords de financement" du présent rapport.

Tableau 1
Medical Care Program
Payments by Canada to Provinces in Fiscal
Years 1976-77 to 1980-81

Tableau 1
Programme de soins médicaux
Versements du Canada aux provinces pour les années financières
1976-1977 à 1980-81

	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81
Newfoundland/Terre-Neuve	\$ 24,148,205	\$ 15,241,534	\$ 19,052,000	\$ 22,560,000	\$ 24,401,000
Prince Edward Island/Île-du-Prince-Édouard	5,177,671	2,964,271	3,91,000	4,509,000	5,149,000
Nova Scotia/Nouvelle-Écosse	35,593,044	23,714,381	28,665,000	33,409,000	36,324,000
New Brunswick/Nouveau-Brunswick	29,746,267	18,036,037	23,100,000	28,005,000	29,738,000
Québec/Québec	270,395,168	140,026,476(1)	166,626,000(1)	175,114,000(1)	170,823,000(1)
Ontario	359,962,821	229,277,889	276,887,000	315,750,000	337,236,000
Manitoba	45,041,515	29,676,643	35,249,000	41,357,000	44,661,000
Saskatchewan	41,881,646	25,588,448	31,867,000	38,377,000	40,954,000
Alberta	32,336,428	52,440,241	56,494,000	63,028,000	69,562,000
British Columbia/Columbia-Britannique	106,717,451	59,445,465	73,635,000	92,223,000	98,236,000
Yukon/Territory/Territoire du Yukon	930,579	579,229	576,000	688,000	741,000
Northwest Territories/Territoires du Nord-Ouest	1,652,156	1,361,693	1,576,000	1,613,000	1,749,000
Canada	\$1,003,582,951	\$598,352,307	\$717,544,000	\$817,035,000	\$859,607,000

Consisting of:(Comprendant:

- a) Advance payments on estimated contributions for the current fiscal year; Les versements anticipés sur les contributions pour l'année financière en cours; and/et
 - b) Adjustment payments with respect to the previous fiscal year/Les paiements de redressement pour l'année financière précédente
- | | \$ 931,847,048(2) | \$ 574,462,000(3) | \$ 707,145,000(3) | \$ 814,520,000(3) | \$ 892,034,000(3) |
|--------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Total Payments/Sommes globales | \$ 71,735,903(2) | 23,890,307(2) | 10,399,000(3) | 2,515,000(3) | (32,427,000)(3) |

- (1) The cash payment to Québec is lower on a per capita basis compared with other provinces. The reason for this is that under section 7 of the FPCA/PPF Act, 1977, Québec receives a special abatement of 8.5 personal income tax points on a fiscal year basis for Hospital Insurance, Medical Care and Post-Secondary Education. The value of these points is (1) subtracted from the cash transfer to Québec before the residual is allocated among the three established programs and (2) added to the tax transfer for the purpose of determining the sum of the cash and tax transfer.
Le paiement en espèces que dans les autres provinces. Si l'en est ainsi, c'est qu'en vertu de l'article 7 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, la province de Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points fiscaux sur le revenu des particuliers et calculé selon l'année financière pour l'assurance-hôpitalisation, les soins médicaux et les études postsecondaires. La valeur de ces points est (1) soustraite du transfert en espèces accordé à la province de Québec avant que le solde soit réparti entre les trois programmes établis, et (2) ajoutée au transfert d'imposte dans le but d'établir la somme du transfert en espèces et du transfert d'impôts.
- (2) Represents payments under section 6 of the Medical Care Act, 1966-67.
Comprend les paiements versés en vertu de l'article 6 de la Loi sur les soins médicaux, 1966-67.
- (3) Represents payments under section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, which are deemed to be payments within the meaning of the Medical Care Act.
Comprend les paiements versés en vertu de l'article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis et considérés comme des paiements aux termes de la Loi sur les soins médicaux.

Table 2
Medical Care Program
Advance Payments by Canada to Provinces
In Fiscal Years 1976-77 to 1980-81
Excluding compensation for the termination
revenue of the 1972 Revenue Guarantee Program

Tableau 2
Programme de soins médicaux
Versements anticipés du Canada aux provinces pour les années
financières 1976-77 à 1980-81
Excluant la compensation pour la terminaison du Programme de
revenu garantie de 1972

	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81
Newfoundland/Terre-Neuve	\$ 24,148,205	\$ 13,732,000	\$ 16,832,000	\$ 19,752,000	\$ 21,198,000
Prince Edward Island/Île-du-Prince-Édouard	5,177,671	2,715,000	3,495,000	4,277,000	4,609,000
Nova Scotia/Nouvelle-Écosse	35,593,044	21,839,000	25,742,000	29,547,000	31,694,000
New Brunswick/Nouveau-Brunswick	29,746,267	16,870,000	20,642,000	24,299,000	26,100,000
Québec/Québec	270,395,000 (1)	122,350,000 (1)	131,901,000 (1)	145,647,000 (1)	150,991,000 (1)
Ontario	359,962,821	209,930,000	246,639,000	280,527,000	303,416,000
Manitoba	4,041,515	28,165,000	32,311,000	36,322,000	38,358,000
Saskatchewan	41,881,646	24,007,000	28,706,000	33,417,000	36,140,000
Alberta	83,336,428	42,461,000	50,873,000	61,235,000	69,771,000
British Columbia/Columbia-Britannique	106,717,451	53,633,000	66,050,000	78,289,000	86,543,000
Yukon Territory/Territoire du Yukon	930,579	460,000	556,000	662,000	727,000
Northwest Territories/Territoires du Nord-Ouest	1,652,156	1,171,000	1,320,000	1,514,000	1,562,000
Canada	\$1,003,582,951	\$537,333,000	\$625,067,000	\$715,288,000 (3)	\$771,115,000

Consisting of:/Comprisant:

a) Advance payments on estimated contributions for the current fiscal year; /Les versements anticipés sur les contributions pour l'année financière en cours;

and/et
b) Adjustment payments with respect to the previous fiscal year/les paiements de redressement pour l'année financière précédente (4)

Total Payments/Sommes globales	\$ 1,003,582,951	\$561,223,307	\$635,466,000	\$717,803,000	\$738,688,000
(1)	The cash payment to Quebec is lower on a per capita basis compared with other provinces. The reason for this is that under section 7 of the FPFA/EPF Act, 1977, Quebec receives a special abatement of 8.5 personal income tax points on a fiscal year basis for Hospital Insurance, Medical Care and Post-Secondary Education. The value of these points is (1) subtracted from the cash transfer to Quebec before the residual is allocated among the three established programs and (2) added to the tax transfer for the purpose of determining the sum of the cash and tax transfers.				
	Le paiement en espèces par habitant est moins élevé au Québec que dans les autres provinces. Si, en est ainsi, c'est qu'en vertu de l'article 7 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, la province de Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points fiscaux sur le revenu des particuliers et calculé selon l'année financière pour l'assurance-hospitalisation, les soins médicaux et les études postsecondaires. La valeur de ces points est (1) soustraite du transfert en espèces accordé à la province de Québec ayant que le solde soit réparti entre les trois programmes établis, et (2) ajoutée au transfert d'impôts dans le but détablir la somme du transfert en espèces et du transfert d'impôts.				
(2)	Represents payments under section 6 of the Medical Care Act, 1966-67. Comprend les paiements versés en vertu de l'article 6 de la Loi sur les soins médicaux, 1966-67.				
(3)	Represents payments under section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, which are deemed to be payments within the meaning of the Medical Care Act. Please consult text under description of financing arrangements for explanation.				
(4)	Comprend les paiements versés en vertu de l'article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, et considérés comme des paiements aux termes de la Loi sur les soins médicaux. Pour les explications, veuillez vérifier le texte sous la description des arrangements financiers.				

(1) The cash payment to Quebec is lower on a per capita basis compared with other provinces. The reason for this is that under section 7 of the FPFA/EPF Act, 1977, Quebec receives a special abatement of 8.5 personal income tax points on a fiscal year basis for Hospital Insurance, Medical Care and Post-Secondary Education. The value of these points is (1) subtracted from the cash transfer to Quebec before the residual is allocated among the three established programs and (2) added to the tax transfer for the purpose of determining the sum of the cash and tax transfers.

Le paiement en espèces par habitant est moins élevé au Québec que dans les autres provinces. Si, en est ainsi, c'est qu'en vertu de l'article 7 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, la province de Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points fiscaux sur le revenu des particuliers et calculé selon l'année financière pour l'assurance-hospitalisation, les soins médicaux et les études postsecondaires. La valeur de ces points est (1) soustraite du transfert en espèces accordé à la province de Québec ayant que le solde soit réparti entre les trois programmes établis, et (2) ajoutée au transfert d'impôts dans le but détablir la somme du transfert en espèces et du transfert d'impôts.

(2) Represents payments under section 6 of the Medical Care Act, 1966-67.
Comprend les paiements versés en vertu de l'article 6 de la Loi sur les soins médicaux, 1966-67.

(3) Represents payments under section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, which are deemed to be payments within the meaning of the Medical Care Act. Please consult text under description of financing arrangements for explanation.

Comprend les paiements versés en vertu de l'article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, et considérés comme des paiements aux termes de la Loi sur les soins médicaux. Pour les explications, veuillez vérifier le texte sous la description des arrangements financiers.

(4) Due to the manner in which the Department of Finance reports payment data, it has not been possible to segregate those portions of the adjustment payments involving the Revenue Guarantee. Thus, the data in this row are identical to that contained in Table I. À cause de la façon dont le ministère des Finances fait rapport sur les paiements, il n'a pas été possible de séparer la portion des paiements de redressement concernant le Revenu garantie. Donc, les données dans cette colonne sont identiques à celles du Tableau I.

Table 3
Medical Care Program
Contributions by Canada to Provinces
in Fiscal Years 1976-77 to 1980-81

	1976-77	1977-78(1)	1978-79(1)	1979-80(1)	1980-81(2)
Newfoundland/Terre-Neuve	\$ 24,148,205	\$ 24,389,000	\$ 28,924,000	\$ 33,281,000	\$ 36,700,000
Prince Edward Island/Ile-du-Prince-Édouard	5,177,671	4,987,000	6,091,000	7,206,000	7,979,000
Nova Scotia/Nouvelle-Écosse	35,593,044	37,618,000	43,628,000	49,786,000	54,871,000
New Brunswick/Nouveau-Brunswick	29,746,267	29,854,000	35,412,000	40,943,000	45,198,000
Québec/Québec	270,395,168	302,404,000	335,526,000	375,206,000	414,937,000
Ontario	359,962,831	386,179,000	443,444,000	502,721,000	556,621,000
Manitoba	45,041,515	47,612,000	54,282,000	60,864,000	66,583,000
Saskatchewan	41,881,646	41,714,000	48,900,000	56,307,000	62,396,000
Alberta	82,336,428	88,497,000	104,895,000	128,352,000	151,104,000
British Columbia/Columbia-Britannique	106,717,431	108,865,000	129,292,000	153,077,000	175,704,000
Yukon Territory/Territoire du Yukon	930,579	1,036,000	1,226,000	1,429,000	1,586,000
Northwest Territories/Territoires du Nord-Ouest	1,652,156	2,020,000	2,299,000	2,654,000	2,928,000
Canada	\$1,003,582,951	\$1,075,175,000	\$1,233,949,000	\$1,411,826,000	\$1,576,616,000

(1) These contributions data exclude compensation for the termination of the 1972 Revenue Guarantee Program, but include cash contributions and tax transfers.

Ces données sur les contributions excluent la compensation pour la terminaison du programme de revenus garantis de 1972; mais incluent les contributions complantes et les transferts d'impôts.

(2) Estimated

Prévisions

Analysis of Cost Changes¹⁸

The cost factor analysis in this report covers the fiscal years 1974-1975 to 1980-81.¹⁹

Aggregate and per capita program costs,²⁰ as reported by the ten provinces, increased from \$1,459.2 million, or \$64.91 per capita, in 1974-1975 to \$3,203.1 million, or \$132.25 per capita, in 1980-1981. For the fiscal years to 1976-1977 inclusive the program costs reported by the provinces were the basis for calculating the federal contributions under the Medical Care Act (Canada). Under the financing arrangements in effect since then, the federal contributions are no longer based upon reported program costs. Although provinces continue to report in the autumn of each year on their program costs for the preceding fiscal year, recent data for some of the provinces were subject to the effect of certain administrative and organizational changes.

The following dollar figures, and the percentage changes shown in Table 4, are based upon program costs that were adjusted to improve their year-to-year comparability. The adjustments consist of an increase in the 1974-75 program costs for Ontario and the four western provinces to offset a temporary transfer of the costs of certain laboratory and radiology services from the provincial medical care insurance programs to the hospital insurance programs, and estimates of non-fee program costs in certain provinces where the figures reported for recent years are no longer fully comparable with those for earlier years. The counts of insured persons, used to calculate per capita rates, were adjusted in the light of the most recent Statistics Canada estimates of the total population.

Adjusted program costs increased from \$1,586.0 million in 1974-1975 to \$2,767.1 million in 1979-1980, and to \$3,215.2 in 1980-1981. In per capita terms the adjusted figures were: \$71.03 in 1974-75; \$116.81²¹ in 1979-1980, and \$134.02 in 1980-1981.

18 Excludes Yukon and Northwest Territories.

19 Years ending March 31.

20 Program costs' are not the costs of the program to the federal government, but consist of the sum of provincial payments for services insured under the terms of the Medical Care Act (Canada), excluding costs of administration.

21 The counts of insured persons used to calculate per capita rates in 1979-1980 and 1980-1981 are based upon intercensal estimates, i.e. estimates which take into account the results of the 1981 Census. Intercensal estimates differ from the postcensal estimates that were used to calculate the per capita rates shown in previous annual reports.

Analyse des variations relatives aux frais¹⁸

Dans le présent rapport, l'analyse du facteur coût couvre les années financières 1974-1975 à 1980-1981.¹⁹

Les frais de programme²⁰ déclarés par les dix provinces sont passés de 1459,2 \$ millions (frais globaux), ou 64,91 \$ par habitant, en 1974-1975, à 3203 \$ millions, ou 132,25 \$ par habitant, en 1980-1981. Jusqu'en 1976-1977 inclusivement, les frais de programme déclarés par les provinces ont servi de base pour calculer le montant des contributions fédérales en vertu de la Loi sur les soins médicaux (Canada). Toutefois, par suite des accords fiscaux en vigueur depuis le 1^{er} avril 1977, les contributions fédérales ne sont plus établies en fonction des frais de programme déclarés. Bien qu'à chaque automne, les provinces fassent connaître leurs frais de programme pour l'année financière précédente, les données récentes relatives à certaines provinces étaient assujetties à certains changements d'ordre administratif ou structurel.

Les montants suivants en dollars et les variations en pourcentage qui figurent au tableau 4 sont fondés sur des frais de programme qui ont été rajustés pour faciliter la comparaison d'une année à l'autre. Pour procéder à ces rajustements, on a augmenté les frais de programme pour l'Ontario et les quatre provinces de l'Ouest pour 1974-1975, de façon à compenser pour le transfert provisoire des coûts de certains services de laboratoire et de radiologie du régime provincial de soins médicaux au régime d'assurance-hospitalisation et on a évalué les frais de programme pour services non rémunérés à l'acte dans certaines provinces où les chiffres déclarés pour les dernières années ne peuvent plus être entièrement comparés avec ceux des années précédentes. Le total des personnes assurées, utilisé pour calculer le taux par habitant, a été rajusté en fonction des estimations les plus récentes de Statistique Canada sur la population totale.

Les frais de programme redressés sont passés de 1586 \$ millions en 1974-1975, à 2767 \$ millions en 1979-1980 et à 3,215,2 \$ millions en 1980-1981. Quant aux coûts rajustés par habitant, ils étaient de 71,03 \$ en 1974-1975, de 116,81 \$²¹ en 1979-1980 et de 134,02 \$ en 1980-1981.

18 Le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest exclus.

19 Années finissant le 31 mars.

20 Les "frais de programme" ne représentent pas ce que le programme coûte au gouvernement fédéral, mais plutôt la somme des versements aux provinces pour les services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux (Canada), excluant les frais d'administration.

21 Le nombre des personnes assurées utilisé pour calculer les taux par habitant en 1979-1980 et en 1980-1981 est fondé sur des estimations intercensitaires qui tiennent compte des résultats du recensement de 1981. Les estimations intercensitaires sont différentes des estimations postcensitaires qui ont été utilisées pour le calcul des taux par habitant dans les rapports annuels antérieurs.

Table 4/Tableau 4
 Average Annual Rates of Change of Adjusted Aggregate and Per Capita Costs
 Taux annuels de variation des frais globaux et frais par habitant entièrement redressés

	<u>Per Cent Change per Year²²</u> <u>Variation annuelle en pourcentage</u>		
	<u>1974-75 to/à 1979-80</u>	<u>1979-80 to/à 1980-81</u>	<u>1974-75 to/à 1980-81</u>
Aggregate Costs Frais globaux	11.8	16.2	12.5
Per Capita Costs Frais par habitant	10.5	14.7	11.2

Total Medical Care Program costs consist of fee payments to physicians, non-fee payments to physicians, and the costs of certain dental services performed in hospitals. During the period under review, non-fee payments to physicians and the costs of insured dental services, taken together, accounted for 5.9 per cent to 6.4 per cent of total program costs.

Table 5 shows changes in adjusted fee payments to physicians, and the contributions of selected factors to such changes. Each group of factors from (a) to (e) represents an alternative explanation of changes in aggregate fee payments to physicians. For example, increases in aggregate fee payments may be regarded as resulting from changes in price and utilization, or from changes in the number of physicians and in payments per physician.

Le coût total du Programme de soins médicaux comprend les paiements aux médecins rémunérés à l'acte, les paiements aux médecins non rémunérés à l'acte et les frais de certains services dentaires offerts dans les hôpitaux. Au cours de la période prise en considération, la somme des paiements aux médecins non rémunérés à l'acte et des frais des services dentaires représentait 5,9 à 6,3 % des frais de programme globaux.

Le tableau 5 montre des changements au niveau des paiements redressés qui sont versés aux médecins rémunérés à l'acte, ainsi que le rôle de certains facteurs relativement à ces changements. Chacun des groupes de facteurs, soit de (a) jusqu'à (e), correspond à une explication différente des changements au niveau de l'ensemble des paiements aux médecins rémunérés à l'acte. Ainsi, l'augmentation de ces paiements peut être considérée comme le résultat de changements au niveau du prix et de l'utilisation, ou de changements au niveau du nombre de médecins et de paiements par médecin.

22 Average annual rates of change are calculated by means of the compound interest method.

22 Les taux annuels moyens de variation de la présente section ont été établis au moyen de la méthode des intérêts composés.

Table 5/Tableau 5
 Average Annual Rates of Change of Selected Factors Contributing to Changes in Fee Payments
 Taux annuels de variation de certains facteurs contribuant aux variations des versements aux médecins

	Per Cent Change per Year ²³		
	Variation annuelle en pourcentage		
	1974-75 to à 1979-80	1979-80 to à 1980-81	1974-75 to à 1980/81
Aggregate Fee Payments to Physicians Ensemble des paiements à l'acte aux médecins			
(a) Insured Population	1.2	1.3	1.2
Population assurée			
Per Capita Fee Payments	10.4	14.5	11.1
Paiements à l'acte par habitant or/ou			
(b) Price/Prix Utilization/utilisation or/ou	6.8 4.6	10.7 4.7	7.4 4.6
(c) Physician Supply Effectif de médecins	3.1	3.1	3.1
Fee Payments per Physician			
Paiements à l'acte par médecin or/ou	8.3	12.5	9.0
(d) Population Price/Prix Per Capita Utilization Utilisation par habitant or/ou	1.2 6.8 3.4	1.3 10.7 3.4	1.2 7.4 3.4
(e) Population Price/Prix Per Capita Physician Supply Effectif de médecins par habitant Utilization per Physician Utilisation par médecin	1.2 6.8 1.9	1.3 10.7 1.8	1.2 7.4 1.9

23 The percentages in each group of factors do not add up to the percentage changes in Aggregate Fee Payments to Physicians. This arises because the effects of the factors upon Aggregate Fee Payments to physicians are not additive but compounded.

Etant donné que les effets des facteurs sur l'ensemble des paiements à l'acte aux médecins ne sont pas additifs mais composés, le total des pourcentages de chaque groupe de facteurs ne correspond pas à la variation en pourcentage de l'ensemble des paiements à l'acte aux médecins.

The physician supply factor shows changes in the number of full-time equivalent physicians.²⁴ The price factor measures changes in the fee-for-service payment schedules of provincial medical care insurance plans. It does not measure changes in the average cost of services, which may result from changes in patterns of practice or in the billing habits of physicians. The utilization factor is a residual, and is not measured independently, i.e. it is not determined by counting changes in the number of services provided by physicians. Consequently, it may not only reflect changes in the volume of services, but also include the price-effect of changes in patterns of practice and billing habits of physicians. Per capita utilization, i.e. the estimated volume of fee services per insured person, is believed to grow or decline as a result of changes such as: age-sex and urban-rural distribution of the covered population; people's expectations; technological progress; and changes in the per capita physician supply.

As shown in Table 5, price increases from 1979-80 to 1980-81 were considerably higher than during the years 1974-75 to 1979-80, partly as a result of the anti-inflation legislation which was in effect for much of the earlier period. Consequently aggregate and per capita fee payments, as well as fee payments per physician, also increased quite rapidly from 1979-80 to 1980-81. The remaining factors grew at approximately the same rate in the last one-year period as in the preceding five-year period.

To put the percentage changes shown in Table 5 into perspective: The Canadian Gross National Product (G.N.P.) increased at a rate of 11.9 per cent per year from 1974 to 1980, and the Consumer Price Index (C.P.I.) (all items) increased at an annual rate of 9.1 per cent during the same period. From 1979 to 1980 the G.N.P. grew by 10.6 per cent, and the C.P.I. rose by 10.1 per cent.²⁵

²⁴ The number of full-time equivalent physicians is not an actual count, but is a derived figure that takes into account the costs of services performed by physicians in full-time and part-time fee practice.

²⁵ The comparisons shown are based upon Statistics Canada estimates which were available at the time of preparation of this report. Some of these estimates have been revised since.

Le facteur "effectif de médecins" montre les changements au niveau du nombre de médecins équivalents temps plein.²⁴ Le facteur "prix" mesure les changements au niveau du barème de rémunération à l'acte des régimes provinciaux d'assurance de soins médicaux, mais non les changements au niveau du coût moyen des services, qui peuvent être imputables aux changements de mode d'exercice ou de mode de facturation des médecins. Le facteur "utilisation" est un résidu, et n'est pas mesuré d'une manière indépendante, c'est-à-dire qu'il n'est pas obtenu en comptant les changements au niveau du nombre de services fournis par les médecins. En conséquence, ce facteur reflète non seulement les changements au niveau du volume des services, mais comprend peut-être aussi l'effet des changements de mode d'exercice et de mode de facturation des médecins sur les prix. L'utilisation par habitant, c'est-à-dire le volume estimatif, par personne assurée, des services fournis par les médecins rémunérés à l'acte peut s'accroître ou diminuer à la suite de changements, comme ceux qui interviennent dans la répartition selon l'âge et le sexe et la distribution urbaine-rurale de la population assurée, des progrès technologiques et des changements au niveau de l'effectif de médecins par habitant.

Comme l'indique le tableau 5, l'augmentation des prix a été beaucoup plus forte de 1979-1980 à 1980-1981 que de 1974-1975 à 1979-1980 et ce, partiellement à cause de la politique anti-inflationniste en vigueur pendant la majeure partie de la première période. En conséquence, les versements globaux et par habitant, de même que les versements par médecin, ont aussi augmenté assez rapidement de 1979-1980 à 1980-1981. Les autres coûts ont augmenté à peu près au même rythme durant la dernière année que durant la période précédente de 5 ans.

Pour avoir une meilleure idée de ce que signifient les variations en pourcentage mentionnées au tableau 5, disons que le produit national brut (PNB) a augmenté de 11,9 p. 100 par année de 1974 à 1980 et que l'indice des prix à la consommation (IPC) (tous les articles) s'est accru de 9,1 p. 100 au cours de la même période. De 1979 à 1980, le PNB s'est accru de 10,6 p. 100 et l'IPC de 10,1 p. 100.²⁵

²⁴ Le nombre de médecins équivalents temps plein ne constitue pas un chiffre réel; il s'agit d'un chiffre calculé qui tient compte du coût des services rendus par des médecins exerçant à temps plein et à temps partiel.

²⁵ Les comparaisons sont établies d'après les données de Statistiques Canada disponibles au moment de la préparation du rapport. Certaines de ces données ont été révisées depuis.

That is, during the six-year period under consideration the growth in aggregate fee payments, at 12.4 per cent, was slightly larger than the growth in the G.N.P. Although the price of physicians' services, for all ten provinces combined, increased by 7.4 per cent, or less than consumer prices in general, the rise in average fee payments per physician, at 9.0 per cent, almost matched the growth in the C.P.I.²⁶

In Table 6, the data shown in Table 5 are expressed in dollar terms and in the corresponding percentage distributions. In each period the sum of the dollar amounts and of the percentages for each of the groups of factors from (a) to (e) equal the figures shown for "Aggregate Fee Payments to Physicians". In attributing dollar effects to changes in the insured population and to changes in physician supply in Table 6, it is assumed that each additional insured person or physician tends to generate the same average fee payments per person or per physician as were generated by those already insured or practising in the base period.

Autrement dit, au cours de la période visée de 6 ans, l'augmentation à 12,4 p. 100 des paiements globaux versés aux médecins rémunérés à l'acte a été légèrement supérieure à l'augmentation du PNB. Bien que le prix des services offerts par les médecins, dans l'ensemble des 10 provinces, ait augmenté de 7,4 p. 100, tout en étant inférieur à l'indice des prix à la consommation, l'augmentation (9, p. 100) des versements moyens aux médecins rémunérés à l'acte correspond presque à l'augmentation de l'IPC. 26

Les données présentées au tableau 5 sont exprimées en termes monétaires au tableau 6; on y ajoute également les pourcentages correspondants. Pour chaque période, la somme des montants et des pourcentages de chacun des groupes de facteurs, soit de (a) à (e), correspond à ce qui est indiqué à la première ligne "Ensemble des paiements à l'acte aux médecins". En attribuant les effets monétaires aux changements dans la population assurée et aux changements dans l'effectif des médecins (tableau 6), on suppose que chaque personne assurée additionnel, ou chaque médecin additionnel, a tendance à produire les mêmes paiements moyens par personne ou par médecin que ceux qui produisent les personnes déjà assurées ou exerçant déjà au cours de la période de base.

26 Price increases in Quebec tended to be below those adopted in the other provinces. When this province is excluded, price increases in the remaining nine provinces averaged 8.1 per cent per year from 1974-75 to 1980-81, and increases in fee payments per physician exceeded 9.7 per cent per year. It should be noted that changes in fee payments per physician are not necessarily the same as changes in the average gross or net professional incomes of physicians.

26 L'augmentation des prix au Québec semble être bien inférieure à celle appliquée dans les autres provinces. Si l'on exclut cette province, l'augmentation moyenne des prix dans les neuf autres provinces a été de 8,1 p. 100 en moyenne par année, de 1974-1975 à 1980-1981 et l'augmentation des paiements versés aux médecins rémunérés à l'acte a dépassé 9,7 p. 100 par année. Il importe de signaler que les variations dans les paiements par médecin ne sont pas nécessairement les mêmes que celles notées dans le revenu moyen brut ou net des médecins.

Table 6/Tableau 6
 Extent to which Selected Factors Contributed to Increases in Aggregate Fee Payments to Physicians
 Contribution de certains facteurs choisis à l'accroissement des versements totaux aux médecins rémunérés à l'acte

	Annual Averages Moyennes annuelles					
	1974-75 to/à 1979-80		1979-80 to/à 1980-81		1974-75 to/à 1980-81	
	(\$ millions)	(%)	(\$ millions)	(%)	(\$ millions)	(%)
Increases in Aggregate Fee Payments to Physicians						
Augmentation de l'ensemble des paiements à l'acte aux médecins	\$220.6	100.0	\$413.7	100.0	\$252.8	100.0
Attributable to Changes in: Imputables aux changements au niveau des facteurs suivants:						
(a) Insured Population Population assurée	\$ 23.3	10.6	\$ 34.6	8.4	\$ 25.5	10.1
Per Capita Fee Payments Paiements à l'acte par habitant or/ou	197.3	89.4	379.1	91.6	227.3	89.9
(b) Price/Prix Utilization/Utilisation or/ou	\$130.5 90.1	59.2 40.8	\$284.8 128.9	68.8 31.2	\$154.6 98.2	61.2 38.8
(c) Physician Supply Effectif de médecins Fee Payments per Physician Paiements à l'acte par médecin or/ou	\$ 61.9	28.1	\$ 85.1	20.6	\$ 67.0	26.5
(d) Insured Population/Population assurée Price/Prix Per Capita Utilization Utilisation par habitant or/ou	\$ 23.3 .130.5	10.6 59.2	\$ 34.6 284.8	8.4 68.8	\$ 25.5 154.6	10.1 61.2
(e) Insured Population/Population assurée Price/Prix Per Capita Physician Supply Effectif de médecins par habitant Utilization per Physician Utilisation par médecin	\$ 23.3 130.5	10.6 59.2	\$ 34.6 284.8	8.4 68.8	\$ 25.5 154.6	10.1 61.2
	38.6	17.5	50.5	12.2	41.5	16.4
	28.2	12.8	43.8	10.6	31.2	12.3

During the six-year period from 1974-75 to 1980-81, fee payments to physicians rose from \$1,492.5 million to \$3,009.2 million, a total increase of \$1,516.7 million, or \$252.8 million per year. Of the total increase of \$1,516.7 million, 10.1 per cent, or \$153.0 million, was accounted for by population growth, and a further 61.2 per cent, or \$927.6 million, was due to price changes. The remaining 28.7 per cent, corresponding to \$436.2 million, was the result of changes in the utilization per insured person. As mentioned before, the utilization factor may not consist entirely of volume changes, but may include the price effects of changes in patterns of practice and in billing habits of physicians. Also, increases in the utilization per insured person are believed to be strongly influenced by increases in the per capita supply of physicians. Assuming a direct relationship between the just mentioned two ratios, the data in Table 6 show that changes in the per capita supply of physicians accounted for 16.4 per cent, or \$249.0 million, of the total increase in fee payments from 1974-75 to 1980-81, while changes in the utilization per physician accounted for 12.3 per cent, or \$187.2 million.

Alternatively, the data in Table 6 suggest that changes in the total number of physicians accounted for 26.5 per cent, or \$402.0 million, of the increase in fee payments to physicians, and that changes in fee payments per physician accounted for the remaining 73.5 per cent, or about \$1,115 million.

It was stated earlier that changes in the age-sex composition of the insured population may be one of the factors which influence changes in the utilization per person. Statistics Canada estimates of the age-sex distribution of the Canadian population (assumed to be representative of changes in the age-sex distribution of the insured population of the ten provincial medical care insurance plans), showed considerable changes from 1974 to 1980. There was a decline in the proportion of people aged "under 20" and 40 to 54, from 37.3 per cent to 32.8 per cent and from 16.5 per cent to 15.7 per cent, respectively. The share of the age group 20 to 39 increased from 29.5 per cent to 33.2 per cent, and the proportion of people aged 55 and over rose from 16.6 per cent to 18.3 per cent. For all age groups combined, there was also a small increase in the proportion of females (the per capita costs of females tend to be about 40 per cent higher than those of males).

Using data on the per capita costs, by 5-year age group and sex, of the beneficiaries of four provincial medical care insurance plans (Quebec, Ontario, Saskatchewan, Alberta), it is estimated that the changes in the age-sex composition of the population may have been responsible for an increase of a little under 3.3 per cent in per capita fee payments to physicians from 1974-75 to 1980-81, or about 0.54 per cent per year. In terms of the figures shown in Table 6, this suggests that changes in the age-sex distribution of the insured population raised fee payments by about \$69 million, or 4.5 per cent of the total increase of \$1,516.7 million, from 1974-75 to 1980-81.

Au cours des six années qui se sont écoulées entre 1974-1975 et 1980-81, les paiements à l'acte aux médecins ont augmenté de 1492,5 \$ millions à 3009,2 \$ millions, ce qui représente une augmentation totale de 1516,7 \$ millions, ou environ 252,8 \$ millions par année; 10,1 p. 100 de ces 1516,7 \$ millions ou 153,0 \$ millions, sont imputables à l'accroissement de la population, et 61,2 %, soit environ 927,6 \$ millions, aux changements de prix. Les 28,7 % restants, qui correspondent à 436,2 \$ millions, ont été occasionnés par des changements au niveau de l'utilisation par personne assurée. Comme il a été mentionné plus tôt, ce dernier chiffre ne comprend pas seulement des changements de volume; il peut aussi comprendre l'effet de changements au niveau du mode d'exercice et du mode de facturation des médecins sur les prix. En outre, on considère que les augmentations au niveau de l'utilisation par personne assurée sont fortement influencées par des augmentations au niveau de l'effectif de médecins par habitant. En supposant qu'il existe un lien direct entre les deux taux que nous venons de mentionner, les données du tableau 4 indiquent que les changements de l'effectif de médecins par habitant représentent 16,4, p. 100 ou 249,0 \$ millions, de l'augmentation totale des paiements à l'acte, entre 1974-1975 et 1980-1981, alors que les changements au niveau de l'utilisation par médecin représentent 12,3 %, ou 187,2 \$ millions.

D'autre part, les données du tableau 4 indiquent que les changements au niveau du nombre total de médecins sont responsables de 26,5 p. 100 ou de 402,0 \$ millions d'augmentation, au niveau des paiements versés aux médecins rémunérés à l'acte, et que les changements au niveau des paiements à l'acte par médecin sont responsables des 73,5 % restants, soit environ 1115,0 \$ millions.

Il a été mentionné plus tôt que les changements au niveau de la composition selon l'âge et le sexe de la population assurée pouvaient être l'un des facteurs qui influaient sur les changements au niveau de l'utilisation par personne. Selon les estimations de Statistique Canada concernant les changements au niveau de la distribution selon l'âge et le sexe de la population canadienne (considérée comme représentative des changements intervenus dans la distribution selon l'âge et le sexe de la population assurée par les dix régimes provinciaux d'assurance de soins médicaux) révèlent des changements considérables de 1974 à 1980. Il y a eu une diminution de la proportion des personnes âgées de moins de 20 ans et de celles de 40 à 54 ans, soit de 37,3 p. 100 à 32,8 p. 100 et de 16,5 p. 100 à 15,7 p. 100 respectivement. La proportion des personnes âgées de 20 à 39 ans est passée de 29,5 p. 100 à 33,2 p. 100 et celle des personnes âgées de 55 ans et plus, de 16,6 p. 100 à 18,3 p. 100. Pour tous les groupes d'âge combinés, on a aussi remarqué une légère augmentation de la proportion des femmes (le coût par habitant de sexe féminin tend à être de 40 p. 100 plus élevé que le coût par habitant de sexe masculin).

En utilisant des données sur les coûts par habitant, selon le sexe et les groupes d'âge par tranches de 5 ans, applicables aux bénéficiaires de quatre régimes provinciaux de soins médicaux (Québec, Ontario, Saskatchewan et Alberta), on estime que ces changements au niveau de la composition selon l'âge et le sexe de la population peuvent être la cause d'une augmentation d'un peu moins de 3,3 % des paiements par habitant versés aux médecins rémunérés à l'acte entre 1974-1975 et 1980-1981, soit environ 0,54 % par année. Par rapport aux chiffres indiqués au tableau 4, cela laisse entendre que les changements au niveau de la distribution selon l'âge et le sexe de la population assurée ont fait augmenter les paiements à l'acte d'environ 69 \$ millions, ou de 4,5 % de l'augmentation totale de 1516,7 \$ millions, entre 1974-1975 et 1980-1981.

These figures may not fully reflect the total impact of the changing age-sex structure of the insured population on total fee-for-service program costs. Available data suggest that the relative amount of per capita costs of beneficiaries in the different age-groups was not constant, and that the per capita costs of the very young and the very old have tended to increase faster than the per capita costs of persons in the intervening age groups.

Aggregate fee payments to physicians, and the factors which tend to influence the level of fee payments, changed at rates which varied from province to province.

Table 7 shows median, minimum and maximum values in the annual rate of change of selected factors during the six-year period from 1974-75 to 1980-81.

Table 7/Tableau 7
Interprovincial Variations in Average Annual Rates of Change of Selected Factors
Variations interprovinciales au niveau des taux de changements annuels moyens de facteurs donnés

	Per Cent Change per Year Changement en pourcentage par année 1974-75 to/à 1980-81	
	Median Valeurs médianes	Range Variations
Aggregate Fee Payments to Physicians Ensemble des paiements à l'acte aux médecins	12.3	10.3 to/à 15.0
Insured Population/Population assurée	.9	.3 to/à 3.9
Per Capita Fee Payments Paiements à l'acte par habitant	11.1	9.8 to/à 12.8
Physician Supply/Effectif de médecins	2.9	2.0 to/à 4.6
Per Capita Physician Supply Effectif de médecins par habitant	1.6	-.5 to/à 3.9
Fee Payments per Physician Paiements à l'acte par médecin	9.2	6.4 to/à 11.1
Price/Prix	8.1	5.5 to/à 9.3
Utilization/Utilisation	4.1	2.4 to/à 5.5
Per Capita Utilization/Utilisation par habitant	2.7	1.3 to/à 4.6
Utilization per Physician Utilisation par médecin	1.0	.0 to/à 2.0

Ces chiffres ne démontrent peut-être pas toutes les répercussions que les changements au niveau de la composition selon l'âge et le sexe de la population assurée ont sur l'ensemble des paiements versés aux médecins rémunérés à l'acte. Les données disponibles révèlent que le montant relatif des coûts par habitant, applicables aux bénéficiaires des différents groupes d'âge, n'était pas constant et que les coûts par habitant applicables aux bénéficiaires très jeunes et très âgés ont eu tendance à augmenter plus rapidement que les coûts par habitant applicables aux personnes des groupes d'âge intermédiaire.

L'ensemble des paiements versés aux médecins rémunérés à l'acte, ainsi que les facteurs qui ont eu tendance à influer sur le niveau des paiements à l'acte, ont changé à des taux qui varient d'une province à une autre.

Le tableau 7 montre les valeurs minimale, maximale et médiane du taux de changement annuel de facteurs donnés, au cours des six années qui se sont écoulées entre 1974-1975 et 1980-1981.

For the entire six-year period, the ratios between the minimum and maximum rates of change were relatively small for some of the items, e.g. aggregate and per capita fee payments to physicians. The differences in particular years tended to be considerably larger. For example, from 1979-80 to 1980-81, percentage changes in aggregate fee payments to physicians ranged from 6.7 per cent in one province to 20.7 per cent in another province, and changes in per capita fee payments ranged from 6.8 per cent to 16.8 per cent. Price changes in the same year ranged from about 8.7 per cent to 15.4 per cent.²⁷

The effect upon per capita fee-for-service program costs in 1980-81 of the changes which occurred in the preceding five-year period, as well as the effect of the situation that existed at the beginning of the period, can be seen in the following data:²⁸

- range of per capita fee costs
1974-75 = \$40 to \$79
(a difference of close to 100 per cent)
- range of per capita fee costs
1980-81 = \$72 to \$163
(a difference of about 125 per cent)

The foregoing wide ranges are to some extent a reflection of variations in coverage. Specifically, there are large interprovincial differences in the extent to which radiology and laboratory services are covered under the Medical Care and Hospital Insurance programs respectively. The following data exclude the costs of virtually all radiology and laboratory services:

- range of per capita fee costs
1974-75 = \$40 to \$66
(a difference of about 65 per cent)
- range of per capita fee costs
1980-81 = \$72 to \$131
(a difference of 82 per cent)

²⁷ For purposes of this analysis the price factor is designed to measure the impact of changes in physicians' payment schedules upon program costs in particular years. Consequently, the price change factor for a year is calculated by taking into account the date of introduction of payment schedule revisions, as well as average delay-times between date-of-service and date-of-payment (payment schedule revisions are generally implemented on a date-of-service basis while fee-for-service program costs are reported on a date-of-payment basis). Consequently, the figures quoted here may not coincide with the announced size of particular payment schedule revisions.

²⁸ The figures for Newfoundland are not included because a high proportion of medical services are provided by non-fee physicians. As a result, per capita fee costs are unusually low.

Pour toute la période de six ans, la différence entre les taux minimal et maximal de changement est relativement minime pour certains facteurs comme l'ensemble des paiements à l'acte aux médecins et les paiements à l'acte par habitant. Pour certaines années en particulier, la différence est plus considérable. Par exemple, de 1979-1980 à 1980-1981, le changement en pourcentage pour l'ensemble des paiements à l'acte aux médecins est de 6,7 % dans une province, alors qu'il est de 20,7 % dans une autre, et le taux de changement pour les paiements à l'acte par habitant va de 6,8 % à 16,8 %. Au cours de la même année, les changements de prix se sont échelonnés entre 8,7 % environ et 15,4 %²⁷.

Les effets, en 1980-1981, des changements qui se sont produits durant la période précédente de cinq années sur les frais de programme par habitant, pour services rémunérés à l'acte de même que les effets de la situation qui existait au début de la période sont reflétés dans ce qui suit:²⁸

- frais minimaux et maximaux par habitant des paiements aux médecins rémunérés à l'acte
1974-1975 = 40 \$ à 79 \$
(une différence de près de 100 %)
- frais minimaux et maximaux par habitant des paiements aux médecins rémunérés à l'acte
1980-1981 = 72 \$ à 163 \$
(une différence d'environ 125 %)

Ces écarts considérables reflètent, dans une certaine mesure, les différences relatives aux services assurés. C'est ainsi que les services de radiologie et de laboratoire ne sont pas assurés au même degré par toutes les provinces dans le cadre de leur programme d'assurance de soins médicaux et de leur programme d'assurance-hospitalisation. Les frais de presque tous les services de radiologie et de laboratoire ont été retranchés des chiffres ci-dessous:

- Frais minimaux et maximaux par habitant des paiements aux médecins rémunérés à l'acte
1974-1975 = 40 \$ à 66 \$
(une différence d'environ 65 %)

- Frais minimaux et maximaux par habitant des paiements aux médecins rémunérés à l'acte
1980-1981 = 72 \$ à 131 \$
(une différence de 82 %)

²⁷ Pour les fins de la présente analyse, le facteur prix a été conçu pour mesurer l'impact des changements au niveau des honoraires des médecins sur les frais de programme pour des années en particulier. Par conséquent, on calcule le changement de prix pour une année donnée en tenant compte de la date des paiements (les honoraires révisés entrent généralement en vigueur à la date des services, tandis que les frais de programme pour services rémunérés à l'acte sont déclarés à la date de paiement). Par conséquent, les chiffres cités ici peuvent ne pas coïncider avec les révisions d'honoraires annoncées.

²⁸ Les chiffres pour Terre-Neuve sont exclus, parce qu'une forte proportion de services médicaux y sont offerts par des médecins non rémunérés à l'acte. Résultat, les frais par habitant des paiements aux médecins rémunérés à l'acte y sont exceptionnellement peu élevés.

**PROGRAMME D'ASSURANCE-HOSPITALISATION ET PROGRAMME DE SOINS MÉDICAUX:
RÉSUMÉ DES RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-SANTÉ:
SERVICES ASSURÉS(a): PRIMES: FRAIS AUTORISÉS(b). (LE 1^{er} JANVIER 1981)**

**THE HOSPITAL INSURANCE AND MEDICAL CARE PROGRAMS:
SUMMARY OF PROVINCIAL HEALTH INSURANCE PLANS:
BENEFITS(a): PREMIUMS: AUTHORIZED CHARGES(b). (JANUARY 1, 1981)**

NEWFOUNDLAND

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Services not available in Newfoundland paid at rate of host province. Other services paid at Newfoundland rate.

Outside Canada: Services not available in Newfoundland paid at highest Canadian rate. Services not available in Canada paid at rate applicable in jurisdiction where rendered. Other services paid at Newfoundland rate.

Additional benefits (d): Children's Dental Health Program available to children up to and including 12 years of age and for certain disabilities, e.g. cleft palate, cerebral palsy. There is a \$2.00 fee per item of service. Cystic Fibrosis program; Food Bank plan towards the cost of diets needed to prevent mental retardation arising from metabolic disorders; Hearing Aid program; Senior Citizen's Drug Subsidy program for residents over 65 in receipt of the Guaranteed Income Supplement and the Social Assistance Drug Plan.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

Inpatient: Standard ward and all approved available services.

Outpatient: Laboratory, radiological, and other diagnostic procedures, including the necessary interpretations; radiotherapy and physiotherapy where available, occupational therapy, where available, out-patient visits, emergency visits, operating room facilities including supplies, plaster casts, drugs and medical and surgical supplies administered in hospital.

Out-of-Province benefits (e): Same benefits as provided in the province.

Authorized charges: Standard ward charge of \$3.00 per day, up to a maximum of 15 days per admission (including transfer to another hospital in which case cumulative charge limit of \$45 also applies). Re-admission within 60 days of discharge in connection with the same illness or condition will be limited to the \$45 maximum charge. Patients aged 65 years and over and patients certified by the Department of Social Services as being unable to pay will not be subject to the \$3.00 ward charge.

Additional benefits: Air and Ground Emergency Ambulance programs pay towards the cost of services.

See notes on pages 42-43.

TERRE-NEUVE

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: services non offerts à Terre-Neuve payés au tarif prévu par la province hôte. Autres services payés au tarif prévu par Terre-Neuve.

Hors du Canada: services non offerts à Terre-Neuve payés au tarif le plus élevé prévu au Canada. Services non offerts au Canada payés au tarif prévu par le secteur de compétence où il est dispensé. Autres services payés au tarif prévu par Terre-Neuve.

Services assurés supplémentaires (d): un programme d'hygiène dentaire disponible pour les enfants jusqu'à l'âge de 12 ans inclusivement et pour certaines infirmités, comme les fissures palatines et la paralysie cérébrale. Il y a des honoraires à l'acte de 2 \$ par service. Programme de fibrose kystique, programme de banque alimentaire pour supporter le coût des régimes nécessaires à la prévention de l'arréfaction mentale résultant de troubles du métabolisme, programme d'aide pour les handicapés auditifs, programme de subvention des médicaments pour les personnes âgées qui sont des résidents de plus de 65 ans et qui reçoivent le Supplément de revenu garanti, et programme de médicaments de l'Assistance sociale.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: les tests de laboratoire, la radiographie et d'autres services de diagnostic, y compris les analyses nécessaires; la radiothérapie, la physiothérapie et l'ergothérapie si ces services sont disponibles; les visites à l'unité de consultation externe et à l'urgence; l'usage du bloc opératoire y compris l'équipement, les fournitures, les plâtres et les médicaments ainsi que le matériel médical et chirurgical offert par l'hôpital.

Services assurés hors de la province (e): les mêmes services que ceux qui sont assurés dans la province.

Frais autorisés: la somme de 3 \$ par jour pour la salle, jusqu'à un maximum de 15 jours par admission (y compris le transfert à un autre hôpital, auquel cas les frais cumulatifs sont également limités à 45 \$). En cas de réadmission pour le même état ou la même maladie dans les 60 jours qui suivent le congé, la somme maximale exigée sera de 45 \$. Les patients qui sont âgés de 65 ans et plus et ceux qui sont reconnus par le ministère des Services sociaux comme étant incapables de payer n'auront pas à débourser cette somme de 3 \$.

Services assurés supplémentaires: programme d'ambulances aériennes et programme d'ambulances terrestres pour supporter le coût de ces services.

Voir notes aux pages 42-43.

PRINCE EDWARD ISLAND

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Physician services paid at rates authorized by the host province except that referrals for services available in P.E.I. are paid at P.E.I. rate.

Outside Canada: Paid at P.E.I. rate except that referrals for services not available in Canada are paid at rates established by Commission.

Additionál benefits (d): Children's Dental Health Program; Diabetic Drug and a Limited Drug Prescription Program.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

Inpatient: Standard ward and all approved available services.

Outpatient: Laboratory procedures as specified, radiological procedures as specified, including use of radioactive isotopes; drugs, biologicals and related preparations for emergency diagnosis and treatment; all other services specified as inpatient services.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Standard ward rate or rate authorized for outpatient services of host province in case of: 1) emergency, 2) referral with prior approval of Commission for conditions that cannot be treated adequately in P.E.I. Otherwise, daily rates established by Commission based on the average of the three major hospital per diem rates in effect at time service rendered.

Outside Canada: Inpatient services only to maximum of:

1) emergency - up to \$100 per day towards costs of hospital room charges and 75% of balance of cost of insured services. 2) referral with prior approval of Commission for conditions that cannot be adequately treated in Canada - standard ward rate for hospital and all necessary essential services. Otherwise, daily rates established by Commission based on the average of the three major hospital per diem rates in effect at time service rendered.

Authorized charges: none

Additional benefits: Ambulance Subsidy program.

See notes on pages 42-43

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: services de médecin payés au tarif autorisé par la province hôte, sauf que les orientations pour des services offerts par l'Île-du-Prince-Édouard sont payées au tarif prévu par cette province.

Hors du Canada: services payés au tarif prévu par l'Île-du-Prince-Édouard, sauf que les orientations pour services non offerts au Canada sont payées au tarif prévu par la Commission.

Services assurés supplémentaires (d): programme de soins dentaires destinés aux enfants, programme de médicaments pour les diabétiques, programme limité de médicaments sur ordonnance.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: les tests de laboratoire tels qu'ils sont précisés, les services de radiologie tels qu'ils sont précisés, y compris l'utilisation d'isotopes radioactifs; les médicaments, les substances biologiques et les autres préparations connexes à un diagnostic et un traitement d'urgence; tous les autres services qui sont approuvés comme services dispensés aux malades hospitalisés.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: le tarif de la salle ou les frais autorisés par la province hôte pour les services de consultation externe pour: 1) les cas d'urgence, et pour 2) les patients dirigés ailleurs avec l'approbation de la Commission, du fait que leur état ne peut pas être traité de façon adéquate dans l'Île-du-Prince-Édouard. Pour les autres cas, les tarifs quotidiens établis par la Commission d'après la moyenne des per diem en vigueur dans les trois plus grands hôpitaux au moment de la prestation des services.

Hors du Canada: services dispensés aux malades hospitalisés seulement jusqu'à un maximum:

1) pour les cas d'urgence de 100 \$ par jour pour le tarif d'une chambre d'hôpital et 75 p. 100 des coûts restants des services assurés; 2) pour les patients dirigés ailleurs avec l'approbation de la Commission du fait que leur état ne peut pas être traité de façon adéquate au Canada - le tarif de la salle dans un hôpital et tous les services essentiels nécessaires. Pour les autres cas, les tarifs quotidiens établis par la Commission d'après la moyenne des per diem en vigueur dans les trois plus grands hôpitaux au moment de la prestation des services.

Frais autorisés: aucun

Services assurés supplémentaires: Programme de financement des services d'ambulance.

Voir notes aux pages 42-43.

NOVA SCOTIA

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Standard benefits paid at tariff of host province.

Outside Canada: Elective service covered at the Nova Scotia rate. Referrals and accidents or emergencies at provincial tariff plus 75% of difference.

Additional benefits (d): Optometric visual analysis; Dental plan for children born after January 1, 1967, or students registered with the School for the Blind; Pharmacare plan for residents 65 years and over; Cystic fibrosis program; Diabetes insipidus drug program; Cleft lip/cleft palate dental program; dental services for certain persons (adults and children) suffering from severe mental retardation when hospitalization is required; assistance with the cost of therapeutic drugs for cancer patients with limited incomes; artificial limb program covers cost of provision, replacement and repair.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

Inpatient: Standard ward and all approved available services.

Outpatient: Broad range of essential services as approved by regulation including: medically necessary laboratory, electroencephalographic and radiological examinations, radiotherapy for malignant and non-malignant conditions, electrocardiograms, physiotherapy facilities where available, various drugs, hospital services including meals for day patient care for diabetes, hemodialysis, ultrasonic diagnostic procedures and interpretations and electrocardiograms and interpretations as well as specified hospital services when required for emergency diagnoses and treatment within 48 hours of an accident and specified hospital services in connection with various minor medical and surgical procedures.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Inpatient only for (a) emergencies and (b) with prior approval from plan of a medically necessary referral outside Nova Scotia from a Nova Scotia physician. Outpatient services at agreed inter-provincial rates.

Outside Canada: Up to \$100 per day plus 75% of the remainder except for infants less than 15 days old, then up to \$11 per day. Payment is limited to the cost of ward accommodation or where no ward accommodation exists to the lowest semi-private rate available. Outpatient services covered at 100% of charges for medically necessary services for emergency

NOUVELLE-ÉCOSSE

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: services assurés ordinaires payés au tarif prévu par la province hôte.

Hors du Canada: services non urgents payés au tarif prévu par la Nouvelle-Écosse. Orientations et accidents ou urgences payés au tarif provincial, plus 75 % de la différence.

Services assurés supplémentaires (d): l'examen du champ visuel effectué par un ophtalmologiste. Le Régime d'assurance dentaire pour enfants nés après le 1^{er} janvier 1967, ou pour les étudiants inscrits au School for the Blind (École pour aveugles); le Régime de médicaments prescrits (Pharmacare) pour les résidents âgés de 65 ans et plus; le programme de la fibrose kystique; le programme de médicaments pour les personnes qui souffrent de diabète insipide; le programme de soins dentaires pour les personnes affligées d'un bec-de-lièvre ou d'une fissure palatine; les services dentaires fournis à certaines personnes (adultes et enfants) atteintes d'arrérération mentale grave, lorsque leur hospitalisation est requise; aide financière pour l'achat de médicaments servant au traitement des personnes atteintes de cancer et dont le revenu est limité; programme d'achat, de remplacement et de réparation de membres artificiels.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: un vaste éventail de services essentiels approuvés par règlement, et qui sont requis du point de vue médical y compris: les tests de laboratoire et les examens électro-encéphalographiques et radiologiques; la radio-thérapie pour les affections malignes et bénignes, les électrocardiogrammes, les installations de physiothérapie, s'il y en a; divers médicaments, les services hospitaliers, y compris les repas pour diabétiques en traitement de jour, l'hémodialyse, les procédés diagnostiques au moyen des ultrasons et l'analyse des résultats, les électrocardiogrammes et l'analyse des résultats ainsi que les services hospitaliers approuvés lorsqu'ils sont nécessaires pour le diagnostic et le traitement de cas d'urgence dans les 48 heures suivant un accident, et les services hospitaliers approuvés qui sont nécessaires à diverses interventions chirurgicales ou médicales d'ordre mineur.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: les services dispensés aux malades hospitalisés seulement pour: a) les cas d'urgence et pour b) les cas qui sont dirigés vers une autre province pour des raisons médicales par un médecin de la Nouvelle-Écosse et avec l'approbation préalable de la Commission.

Hors du Canada: le tarif de la salle jusqu'à concurrence de 100 \$ par jour, plus 75 % des frais restants sauf pour les nourrissons de moins de 15 jours qui sont couverts jusqu'à concurrence de 11 \$ par jour. Le paiement est limité au coût de la salle ou, s'il n'existe pas de salle, au tarif de chambre à deux lits le plus bas possible. Les frais des services externes

cases and reimbursement will be at the prevailing rate for the service in Nova Scotia for non-emergency cases.

Authorized charges: none

Additional benefits: Ambulance Subsidy program.

See notes on pages 42-43.

médiamente nécessaires sont assurés à 100 % pour les cas urgents, et, pour les cas non urgents, le remboursement correspondra au tarif en vigueur en Nouvelle-Écosse pour le même service.

Frais autorisés: aucun

Services assurés supplémentaires:
Programme de financement des services d'ambulance.

Voir notes aux pages 42-43.

NEW BRUNSWICK

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c): (See Hospital Insurance for conditions of payment)

Within Canada: Services not available in New Brunswick paid at rate of host province. Other services paid at New Brunswick rate. Services of pathologists and radiologists not available in province paid at 90% of charges. Those available in New Brunswick paid at 80%.

Outside Canada: Services not available paid at Ontario or Quebec plan rate. Other services paid at New Brunswick rate. Pathologist and radiologist services not available in province paid at 70%; those available paid at 60%.

Additional benefits (d): Prescription Drug Program for beneficiaries who are 65 years and over, for those with cystic fibrosis and for those who are social service benefit recipients. Other approved benefits for those in receipt of Social Assistance.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

Inpatient: Standard ward and all approved available services.

Outpatient: All approved available services.

Out-of-province benefis (e):

Within Canada: Complete inpatient coverage at standard ward rate approved by hospital's provincial plan. Outpatient: Total amount charged for entitled services at rates approved by hospital's provincial plan.

Outside Canada: Inpatient coverage: Services not available in New Brunswick paid at an all-inclusive rate not in excess of the average standard ward rate, rounded to the nearest dollar, of the three major Canadian hospitals selected by the Medical Director. Other services paid at an all inclusive rate not in excess of the average standard ward rate, rounded to the nearest dollar, of the three largest New Brunswick hospitals. These rates are calculated on July 1 of each year. Outpatient coverage: Entitled outpatient services paid at 65% of the account except for services defined by the Medical Director as not available in N.B., then 75% of account.

Authorized charges: none

Additional benefits: none

See notes on pages 42-43.

NOUVEAU-BRUNSWICK

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c): (voir l'Assurance-hospitalisation pour conditions de paiement)

Au Canada: services non offerts au Nouveau-Brunswick payés au tarif prévu par la province hôte. Autres services payés au tarif prévu par le Nouveau-Brunswick. Services de pathologie et de radiologie non offerts dans la province payés à 90%; services offerts dans la province payés à 80%.

Hors du Canada: services non offerts payés au tarif des régimes de l'Ontario et du Québec. Autres services payés au tarif prévu par le Nouveau-Brunswick. Services de pathologie et de radiologie non offerts dans la province payés à 70%; services offerts dans la province payés à 60%.

Services assurés supplémentaires (d): programme de médicaments prescrits pour les bénéficiaires âgés de 65 ans et plus, pour ceux atteints de fibrose kystique et pour les bénéficiaires de prestations d'aide sociale. Autres services approuvés pour les assistés sociaux.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services hors de la province (e):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: La protection complète au tarif de la salle approuvé par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province. Services de consultation externe: La totalité des frais des services assurés au tarif approuvé par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province.

Hors du Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: services non offerts au Nouveau-Brunswick payés entièrement à un tarif ne dépassant pas le tarif moyen de la salle (arrondi au dollar) des trois principaux hôpitaux canadiens choisis par le directeur médical. Les autres services payés entièrement à un tarif ne dépassant pas le tarif moyen de la salle (arrondi au dollar) des trois plus grands hôpitaux du Nouveau-Brunswick. Ces tarifs sont calculés le 1^{er} juillet de chaque année. Services dispensés aux malades externes: services de consultation externe admissibles payés à 65%, sauf les services définis par le directeur médical comme n'étant pas offerts au N.-B., qui sont dans ce cas remboursés à 75%.

Frais autorisés: aucun

Services assurés supplémentaires: aucun

Voir note aux pages 42-43.

Medical Care Insurance

Standard Benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals (j).

Out-of-province benefits (c): Insured services paid up to Quebec rates upon presentation of a fee statement of services rendered.

Additional benefits (d): Optometry. Drugs and related professional services for recipients of social aid and recipients of certain governmental social aid measures; for persons aged 65 years and over; for persons aged 60 to 64 years of age inclusive who are eligible for an allowance under the Old Age Security Act and would otherwise, without that allowance, be eligible for social aid or certain governmental social aid measures. Drugs for Ambulatory Patients with certain chronic diseases (\$2 per medication for a period of 28 days). Dental services for children under the age of 16. Dental services, including dentures, for social aid recipients. Prostheses, orthopaedic appliances or other appliances specified by regulation. Breast prostheses grant program following mastectomy. Visual Aid program for residents 35 years of age and under. Hearing Aids Program for all those 35 years of age and under and social aid recipients over 35. A program to supply appliances and services for laryngectomy out of two designated establishments.

Premium per month: none (i)

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

Inpatient: Standard ward including all medically required services.

Outpatient: Clinical services of day or night psychiatric care, electroconvulsive therapy, insulin shock therapy, behavioural therapy, emergency care, minor surgery, radiotherapy, diagnostic services, physiotherapy, occupational therapy and inhalation therapy services, orthoptic services, services or examinations necessary for a resident to obtain employment, or those required in the course of employment or on the demand of the employer, provided that such examination or service is required by a law of Quebec other than the Collective Agreement Decrees Act, hearing and speech services.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Inpatient: Approved standard ward rate. Outpatient: Insured services at the prevailing rate of the hospital where these services are received.

Outside Canada: Inpatient: Emergency or sudden illness and referral cases receiving prior approval, room and board at the ward rate plus cost of other insured services. In cases where insured hospital services received outside Canada are not reimbursed in full, 75% of the cost of insured services are covered. Excluded: spas, nursing homes or similar establishments. Outpatient: at the prevailing rate of the hospital where the insured services are received provided that: (a) the services were received during the 24 hours following an

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste(j).

Services assurés hors de la province (c): services assurés payés au tarif prévu par le Québec, ou moins, sur présentation d'un relevé d'honoraires mentionnant les services rendus.

Services assurés supplémentaires (d): l'optométrie. Les médicaments et les services professionnels connexes pour les bénéficiaires de l'aide sociale et les bénéficiaires de certaines mesures d'aide sociale gouvernementales; pour les personnes âgées de 65 ans et plus; et pour les personnes de 60 à 64 ans inclusivement qui sont admissibles à une allocation en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse et qui, sans cette allocation, auraient droit à l'aide sociale ou à certaines mesures d'aide sociale gouvernementale. Médicaments aux malades sur pied souffrant de certaines maladies chroniques (2 \$ par médicament par période de 28 jours). Les services dentaires pour les enfants de moins de 16 ans. Les services dentaires, y compris les prothèses dentaires, pour les assistés sociaux. Les prothèses, les appareils orthopédiques ou autres déterminés par règlement. Le programme de subventions pour prothèses mammaires après mastectomie. Un programme d'aide pour les handicapés visuels de moins de 35 ans. Un programme d'aide pour les handicapés auditifs de moins de 35 ans et les bénéficiaires d'aide sociale de 35 ans et plus. Un programme d'aide aux laryngectomisés par le biais de deux établissements désignés.

Prime mensuelle: aucune (i)

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services en salle commune et tous les services médicalement nécessaires.

Services de consultation externe: les services en clinique psychiatrique de jour ou de nuit, les traitements par électrochoc, l'insulinothérapie et la thérapie de comportement. Les soins d'urgence, les soins en chirurgie mineure, la radiothérapie, les services diagnostiques, les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'inhalothérapie, les services d'orthoptique. Les services ou les examens auxquels doit se soumettre un résident en vue d'obtenir un emploi, ou auxquels il doit se soumettre en cours d'emploi ou encore qui sont requis par un employeur à la condition qu'un tel examen ou service soit exigé par une loi du Québec autre que la Loi des décrets de la convention collective. Les services d'audiologie et d'orthophonie.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: le tarif approuvé de la salle. Services de consultation externe: les services assurés, au tarif de l'hôpital en cause.

Hors du Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: les cas d'urgence ou de maladie subite et les cas dirigés ailleurs avec l'approbation préalable, y compris le logement et la pension au tarif de la salle plus les frais des autres services assurés. Lorsque les services hospitaliers assurés fournis à l'extérieur du Canada ne sont pas remboursés intégralement, leur coût est couvert à 75 %. Sont exclus: les stations thermales, les maisons de repos ou autres refuges analogues. Services de consultation externe: le tarif de l'hôpital où les

accident; (b) the services became necessary due to a sudden illness or emergency.

Authorized Charges: The payments authorized are \$10.05 per day for chronic care in extended care hospitals or in extended care units in short-term care hospitals. Children under the age of 18 are exempt. Low income individuals may benefit from total or partial exemption depending on their family and financial situation.

Additional Benefits: Additional services offered to the Quebec population under special programs of the Department of Social Affairs include:

- a) the transportation of sick persons according to specified criteria;
- b) certain special medications at a reduced price (\$2 per medication for a period of 28 days) for ambulatory patients who suffer from cancer, cystic fibrosis, tuberculosis, primary hyperlipoproteinemia, diabetes insipidus or psychiatric illness;
- c) home care services ordered by the attending physician to permit convalescence at home and reduce hospitalization - this program includes renal dialysis and parenteral nutrition;
- d) home help services to encourage the maintenance at home and avoidance of family break-up or long-term institutionalization for elderly persons.
- e) free ambulance service for persons aged 65 years and over.

See notes on pages 42-43.

services assurés sont dispensés, pourvu a) qu'ils le soient dans les 24 heures suivant un accident, b) qu'ils soient devenus nécessaires par suite d'une maladie subite ou d'une urgence.

Frais autorisés: les frais autorisés sont de 10,05 \$ par jour pour les malades chroniques hospitalisés dans les hôpitaux de soins prolongés ou dans des unités de soins prolongés d'hôpitaux de courte durée. Les enfants âgés de moins de 18 ans sont exemptés. Les personnes à faible revenu peuvent jouir d'une exemption totale ou partielle, selon leur situation familiale et financière.

Services assurés supplémentaires: les services additionnels dont peut bénéficier la population du Québec dans le cadre des programmes spéciaux du ministère des Affaires sociales comprennent:

- a) le transport des personnes malades conformément à certains critères particuliers;
- b) certains médicaments spéciaux à prix réduit (2 \$ par médicament par période de 28 jours) pour les malades sur pied qui souffrent de cancer, de fibrose kystique, de tuberculose, d'hyperlipoprotéinémie primaire, de diabète insipide ou de maladie psychiatrique;
- c) les soins à domicile prescrits par le médecin traitant afin de permettre la convalescence à la maison et de réduire la durée de l'hospitalisation - ce programme comprend la dialyse rénale et l'alimentation par voie parentérale;
- d) des services d'aide domestique pour les personnes âgées afin de les encourager à rester dans leur foyer et d'éviter les séparations de la famille ou l'hospitalisation à long terme;
- e) des services ambulanciers gratuits pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

Voir notes aux pages 42-43.

ONTARIO

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c): Standard and additional benefits, except take home drugs, paid at Ontario rates.

Additional benefits (d): Diagnostic optometric services, chiropractic, chiropodist, osteopathic, Home Care Program Services. Physiotherapy services (home and office) when provided in or by a registered facility. Annual maximum dollar limit on chiropractic, chiropodist and osteopathic services. (The provincial Ministry of Health administers a free Drug Benefit Plan for persons 65 years and over who are Canadian citizens or landed immigrants and who have lived in the province for the past 12 months, disabled persons and persons with limited incomes.)

Premiums per month (f):

Single - \$20 (g). Family of 2 or more - \$40 (g).

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

Inpatient: Standard ward and all approved available services.

Outpatient: Broad range of essential services, including diagnostic services, physiotherapy, occupational, speech and radiotherapy, diet counselling when prescribed by a physician, and other hospital services when medically necessary. Where available from a hospital, the provision of equipment, supplies and medications for use in the home by haemophilic patients for the emergency treatment or the prevention of haemorrhage.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Full standard ward rate in other Canadian provinces less any co-insurance or capital charges made by province concerned. For generally accepted surgical procedures not available in Ontario, the patient must a) be referred by an Ontario physician and b) have prior Plan approval. The Plan will attempt to inform the patient of the amount they will pay for the surgery. In Canada, home renal dialysis when arranged through a hospital. Physiotherapy services provided through a hospital. 75% of cost of ambulance services.

Outside Canada: 75% of standard ward for non-emergency admissions in the United States including room, board and some extras. 100% of standard ward care for emergencies (except mental illness) occurring outside Canada. Renal dialysis in approved health facilities. Treatment of acute mental illness or mental illness where the general manager is of the opinion that suitable facilities are not available in Ontario, 75% of calculated standard ward rate for 60 days, with approved extensions. 75% of cost of ambulance service.

ONTARIO

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c): services assurés, ordinaires et supplémentaires (sauf les médicaments pris à la maison) payés au tarif prévu par l'Ontario.

Services assurés supplémentaires (d): les services de diagnostic en ophtalmologie, la chiropraxie, la chiropédie, l'ostéopathie et les services du programme de soins à domicile. Les services de physiothérapie (à domicile ou au cabinet du thérapeute) lorsqu'ils sont dispensés à l'intérieur ou par l'intermédiaire d'un établissement enregistré. Les frais annuels assurés relativement aux services de chiropraxie, de chiropédie et d'ostéopathie ne peuvent dépasser une certaine limite. (Le ministère provincial de la Santé administre un Régime de médicaments gratuits pour les personnes âgées de 65 ans et plus, qui sont des citoyens canadiens ou des immigrants reçus demeurant dans la province depuis les 12 derniers mois, pour les infirmes et les personnes à revenu modeste.)

Prime mensuelle (f):

Personne seule - 20 \$(g). Famille de 2 personnes ou plus - 40 \$(g).

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: un vaste éventail de services essentiels, y compris les services de diagnostic, la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, la radiothérapie, l'inhalothérapie, les services de consultation diététique, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin et d'autres services hospitaliers requis du point de vue médical. L'équipement, le matériel et les médicaments employés à domicile par un hémophile pour le traitement d'urgence ou la prévention des hémorragies, lorsqu'un hôpital peut les fournir.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: plein tarif de la salle prévu par les autres provinces canadiennes moins les frais modérateurs ou les frais d'établissement de la province en cause. Dans le cas des interventions chirurgicales généralement admises mais non offertes en Ontario, le patient doit: a) être envoyé par un médecin de l'Ontario et b) obtenir au préalable l'autorisation du Régime. Le Régime tentera d'indiquer au patient la somme qui sera payée pour la chirurgie. Au Canada, la dialyse rénale à domicile, lorsque les dispositions sont prises par l'intermédiaire d'un hôpital. Les services de physiothérapie dispensés par l'intermédiaire d'un hôpital. Soixante-quinze pour cent des services d'ambulance.

Hors du Canada: 75 % du tarif de la salle pour les cas non urgents aux États-Unis, y compris logement, pension et tous les services supplémentaires. Cent pour cent du tarif de la salle dans le cas d'urgences (sauf la maladie mentale) survenant à l'étranger. Dialyse rénale dans les établissements de santé autorisés. Le traitement d'une maladie mentale aiguë ou d'une maladie mentale pour laquelle, de l'avis du directeur général, des installations appropriées ne sont pas disponibles en Ontario, 75 % du tarif de la salle calculé pour 60 jours, en plus des prolongations autorisées. Soixante-quinze pour cent des frais de services d'ambulance.

Authorized charges: Chronic care charge of \$11.42 per day after 60 days hospitalization with exemptions up to 360 days for rehabilitation of convalescent patients upon medical certification; also exemptions, partial or complete, if limited family income.

Additional benefits: Home renal dialysis and home hyperalimentation equipment supplies and medication. The plan also provides an extensive nursing home benefit. Medically necessary land and air ambulance services subject to a co-payment charge of \$20 per trip.

See notes on pages 42-43.

Frais autorisés: pour les malades chroniques, des frais de 10,30 \$ par jour après 60 jours d'hospitalisation, avec exemptions d'une durée maximale de 360 jours pour la réadaptation des convalescents, sur présentation d'un certificat médical, et exemptions partielles ou complètes suivant le revenu familial.

Services assurés supplémentaires: fournitures et médicaments pour la dialyse rénale et la suralimentation à domicile. Le régime assure aussi largement les soins en maison de repos. Les services d'ambulance aérienne et terrestre nécessaires au point de vue médical, sous réserve d'un co-paiement de 20 \$ par voyage.

Voir notes aux pages 42-43.

MANITOBA

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c): Standard benefits paid at Manitoba rates.

Additional benefits (d): Certain optometric and chiropractic services, prosthetic devices and certain limb and spinal orthotic devices and services when prescribed by an M.D., contact lens following congenital cataract surgery and artificial eyes. Programs towards the cost of prescription drugs and breast prosthesis and surgical brassieres following mastectomy. The following programs for children under 18 years of age: cleft lip/cleft palate treatment and rehabilitation program; hearing aids and, orthopaedic shoes.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

Inpatient: Standard ward and all approved available services.

Outpatient: All services except drugs and dressings in certain cases.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Rate approved by provincial plan of host province. Outpatient benefits covered up to \$14.00 per visit or 75% of the charge, whichever is greater, or by inter-provincial agreement.

Outside Canada: The greater of 75% of hospital's charges or a daily allowance if: a) emergency, b) adequate care not available in Manitoba, c) during 3 months following permanent move, d) temporary employment or education. The lesser of 75% of hospital's charges or a daily allowance for elective cases. Outpatient benefits covered up to \$14.00, or 75% of the charge, whichever is greater.

Authorized charges: none.

Additional benefits:

Personal care homes: Standard ward and all approved available services. (\$9.00 per day may be charged by hospitals in Manitoba to insured persons receiving hospital inpatient services that are not medically required but are provided after the need for placement in a personal care home has been established to the satisfaction of an assessment panel. A \$9.00 per day residential charge is payable by insured persons receiving personal care in personal care homes).

See notes on pages 42-43.

MANITOBA

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c): services assurés payés au tarif prévu par le Manitoba.

Services assurés supplémentaires (d): certains services d'optométrie et de chiropraxie. Les prothèses et certains appareils et services orthopédiques pour les membres et la colonne vertébrale, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin. Les lentilles cornéennes requises après une intervention chirurgicale pour une cataracte congénitale. Les yeux artificiels. Les programmes relatifs au coût des médicaments prescrits, des prothèses mammaires et des soutien-gorge spéciaux après mastectomie. Les programmes suivants, destinés aux enfants de moins de 18 ans: programme de traitement et de réadaptation en cas de fissure palatine ou labiale; programme d'aide aux handicapés auditifs et chaussures orthopédiques.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés; les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: tous les services sauf, dans certains cas, les médicaments et les pansements.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: tarif approuvé par le régime de la province hôte. Services de consultation externe payés de 14 \$ la consultation, ou de 75 %, jusqu'à concurrence de la facture le plus élevé des deux montants étant retenu, ou selon l'entente interprovinciale convenue.

Hors du Canada: la plus élevée de ces sommes: 75 % des frais pour les prestations des services hospitaliers ou une allocation quotidienne dans les cas: a) d'urgence, b) où les soins requis ne sont pas disponibles au Manitoba, c) où les soins sont dispensés dans les 3 mois suivant le départ permanent, d') d'une absence temporaire pour raison de travail ou d'études. La moins élevée de ces deux sommes: 75 % des frais ou une allocation quotidienne pour les cas d'hospitalisation non urgente. Services de consultation externe payés jusqu'à concurrence de 14 \$, ou de 75 %, de la facture, le plus élevé des deux montants étant retenu.

Frais autorisés: aucun

Services assurés supplémentaires:

Foyers de soins personnalisés: salle et tous les services offerts autorisés. (Les hôpitaux du Manitoba pourront exiger une somme de 9 \$ par jour des personnes assurées qui sont hospitalisées sans raison médicale après qu'un comité d'évaluation aura jugé que ces personnes doivent être placées dans un foyer. Les foyers exigeront une somme de 9 \$ par jour des personnes assurées qui y reçoivent des soins personnels.)

Voir notes aux pages 42-43.

SASKATCHEWAN

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c): Standard benefits, administered by the Commission, paid at Saskatchewan rates. Various rates for approved services not available in province; covered when prior approval received.

Additional benefits (d): Optometry, chiropractic, oral surgery by a dentist and referred services by dentist for care of cleft palate. With certain exceptions, Saskatchewan residents holding valid health services cards are eligible for the benefits of other plans administered by the provincial Department of Health. These include a subsidized hearing aid plan; the provision of prosthetic and orthotic devices; provision of wheelchairs, walkers, commodes and other aids to daily living; a dental plan for children; a prescription drug plan; and private practice physical therapy facilities under contract with Minister of Health.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

Inpatient: Standard ward and all approved available services.

Outpatient: to the extent that a hospital is able to provide it.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Inpatient: Standard ward rate less co-insurance charge where applicable. Outpatient: Total amount charged.

Outside Canada: Maximums apply as to rate and number of days of care. Outpatient: Total amount charged.

Authorized charges: none

Additional benefits: none

See notes on pages 42-43.

SASKATCHEWAN

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c): services assurés ordinaires, administrés par la Commission, payé au tarif prévu par la Saskatchewan. Services autorisés non offerts dans la province payés à des tarifs différents, lorsque autorisés au préalable.

Services supplémentaires (d): l'optométrie, la chiropraxie, les services de chirurgie buccale dispensés par un dentiste et les services d'orthodontie pour le traitement d'une fissure palatine lorsque le cas est adressé par un dentiste. Sauf certaines exceptions, les résidents de la Saskatchewan possédant des cartes d'identité valides pour les Régimes d'assurance-santé sont admissibles aux services d'autres régimes administrés par le ministère provincial de la Santé. Ceux-ci comprennent le Régime de subventions pour prothèses acoustiques; la fourniture de prothèses et d'appareils orthopédiques; la fourniture de fauteuils roulants, de cadres de marche, de sièges percés et toute autre aide à la vie quotidienne; le Régime de soins dentaires pour enfants; le Régime de médicaments prescrits; et les installations privées de thérapie par l'exercice physique ayant passé un contrat avec le ministre de la Santé.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés; les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: dans la mesure où un hôpital peut fournir le service, celui-ci est assuré.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés; le tarif de la salle moins les frais modérateurs, le cas échéant. Services de consultation externe: la totalité des frais.

Hors du Canada: Services dispensés aux malades hospitalisés: Un taux maximal s'applique au tarif et au nombre de journées de soins. Services de consultation externe: la totalité des frais.

Frais autorisés: aucun

Services assurés supplémentaires: aucun

Voir notes aux pages 42-43.

ALBERTA

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals (j).

Out-of-province benefits (c): Standard benefits within and outside country paid up to Alberta rate.

Additional benefits (d): Dental services rendered by dental surgeons as specified in regulations, optometric services, chiropractic services, and podiatric services and appliances. An optional health services contract is available through the Alberta Health Care Insurance Plan providing Alberta Blue Cross non-group membership at reduced rates to residents who are unable to obtain group Blue Cross coverage through an employer. For a resident 65 years and over, the spouse, and their dependants, the Government provides a substantial portion of the cost of eyeglasses and a major portion of the cost of dentures and dental care; and assumes the cost of hearing aids and medical and surgical equipment, supplies and appliances.

Premium per month (f):

Single - \$8.65 (h). Family of 2 or more - \$17.30 (h).

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

Inpatient: Standard ward and all approved available services.

Outpatient: to the extent that the hospital is able to provide insured services.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Inpatient: All inpatient charges in Canadian active treatment or auxiliary hospitals. Outpatient: All services provided by hospitals in Canada at their respective approved rates.

Outside Canada: Inpatient: In active treatment hospitals - \$150 per day or the actual cost whichever is the lesser. Outpatient: For outpatient service at an active treatment hospital, the lesser of the amount charged or the amount that would be paid for the same service in Alberta.

Authorized charges (applies only to Alberta hospitals):

Patients are required to pay a \$5.00 admission charge to active treatment hospitals. Excluded are: inter-hospital transfers; re-admission within 30 days; hospitalization approved by a cancer clinic; polio patients; multiple handicapped children's units; resident aged 65 or over, the spouse and dependants; and recipients of social assistance from Department of Social Services and Community Health.

ALBERTA

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste(j).

Services assurés hors de la province (c): services assurés ordinaires au Canada et à l'extérieur payés au tarif prévu par l'Alberta, ou moins.

Services assurés supplémentaires (d): les soins dentaires dispensés par des chirurgiens-dentistes conformément aux règlements. L'optométrie, la chiropraxie, les soins et les appareils podiatiques. Une assurance facultative est offerte par la Commission qui permet aux résidents qui ne font partie d'aucun groupe de devenir membre de la Croix-Bleue de l'Alberta. Pour les résidents âgés de 65 ans et plus et les personnes à leur charge, le gouvernement assume une importante partie du coût des lunettes et la plus grande partie du coût des dentiers et des soins dentaires, et il supporte le coût des prothèses acoustiques, et de l'équipement, des fournitures et des appareils de nature médicale et chirurgicale.

Prime mensuelle (f):

Personne seule - 8,65 \$(h). Famille de 2 personnes ou plus - 17,30 \$(h).

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: dans la mesure où l'hôpital peut fournir les services assurés.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: tous les frais des services dans les hôpitaux de soins de courte durée ou auxiliaires canadiens. Services de consultation externe: tous les services de consultation externe dispensés dans les hôpitaux au Canada à leurs taux respectifs approuvés.

Hors du Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: dans les hôpitaux de soins de courte durée, la moins élevée de ces deux sommes: 150 \$ par jour ou le coût réel. Services de consultation externe: pour les services de consultation externe dispensés dans un hôpital de soins de courte durée, la moins élevée des deux sommes suivantes: le coût réel des services rendus ou la somme que coûterait le même service en Alberta.

Frais autorisés (pour les hôpitaux de l'Alberta seulement):

Les malades doivent débourser 5 \$ pour être admis dans un hôpital de soins de courte durée. Sont exclus les malades transférés d'un hôpital à l'autre; les malades réadmis dans les 30 jours qui suivent le congé de l'hôpital; les malades dont l'admission est approuvée dans une clinique de cancer; les malades atteints de poliomérite; les enfants admis dans des unités pour handicaps multiples; les résidents âgés de 65 ans et plus, leur conjoint et les personnes à leur charge; et les bénéficiaires d'aide sociale du ministère des Services sociaux et de la Santé communautaire.

Auxiliary Hospitals: \$5.50 per day after 120 days. Where a private room is provided at the request of the patient, an additional charge of \$3.50 per day is payable.

Emergency Financial Assistance Program: For hospital and medical care services not available in province or provided in an emergency, assistance exists for cases of financial hardship.

Additional benefits: There is an extensive nursing home benefit.

See notes on pages 42-43.

Les hôpitaux auxiliaires: 5,50 \$ par jour après 120 jours. Lorsqu'un malade occupe une chambre privée parce qu'il en a fait la demande, un supplément de 3,50 \$ par jour est payable.

Programme d'aide financière d'urgence: Pour les services hospitaliers et de soins médicaux non offerts dans la province ou fournis en cas d'urgence, une aide peut être octroyée en cas de difficulté financière.

Services assurés supplémentaires: Il existe un important programme de prestations en foyer de soins.

Voir notes aux pages 42-43.

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals (j).

Out-of-province benefits (c):

Standard benefits, in emergency or with prior approval, paid up to B.C. rates.

Additional benefits (d): Optometry. Payment towards the cost of chiropractic, naturopathy, physiotherapy, podiatry, orthoptic treatment; also, the extended role services of a registered nurse where:

a) an arrangement for the rendering and for the payment of these services is approved by the Commission, and

b) these services are rendered in an area of the province where a medical practitioner is not normally available.

Orthodontic services for hare lip and/or cleft palate. The Dental Care Plan covers children 14 and under, seniors 65 and over, social aid recipients, and beneficiaries in receipt of premium assistance.

Children: - Preventive Care Package - no co-charge
- other insured service - 50% co-charge, \$700 annual benefit ceiling;

Seniors: - 50% co-charge, \$700 annual benefit ceiling;

Social aid and premium assistance recipients: no co-charge, \$700 annual service ceiling.

Free prescription drug program for residents 65 years and over, the handicapped and the chronically ill, and a universal Pharmacare plan which protects individuals from financial hardship as a result of high prescription drug expenses. User charges - \$100.00 deductible plus 20% co-payment. Further details may be obtained by writing Pharmacare, Ministry of Human Resources, Parliament Buildings, Victoria V8V 1X4.

Premium per month (f):

Single - \$8.50. Two persons - \$17.00.
Family of three or more persons - \$21.25.

Hospital Insurance**Standard benefits (e):**

Inpatient: Standard ward and all approved available services.

Outpatient: Emergency services, minor surgical procedures, day care surgical services, outpatient cancer therapy, psychiatric day care and night care services, day care rehabilitation services, narcotic addiction services, physiotherapy services, diabetic day care, and specified outpatient psychiatric services (in designated hospitals), dietetic counselling services; cytology services operated by the Cancer Control Agency of British Columbia and

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste(j).

Services assurés hors de la province (c): services assurés ordinaires, en cas d'urgence ou avec autorisation préalable, payés au tarif prévu par la Colombie-Britannique, ou moins.

Services assurés supplémentaires (d): l'optométrie. Paiement relatif aux frais de la chiropraxie, la naturopathie, la physiothérapie, la podiatrie, les services et les traitements d'orthoptique, en outre les services d'un(e) infirmier(ère) diplômé(e) au rôle élargi lorsque

a) la Commission approuve une entente prise pour assurer la prestation et le remboursement de ces services, et

b) ces services sont dispensés dans une région de la province où un médecin n'est pas normalement disponible.

Les services orthodontiques pour le bec-de-lièvre ou la fissure palatine. Le Régime d'assurance dentaire protège les enfants de 14 ans et moins, les personnes de 65 ans et plus, les assistés sociaux et les personnes qui reçoivent une aide au niveau du paiement de la prime.

Enfants: - ensemble des soins préventifs - aucun co-paiement.

- autres services assurés - co-paiement à 50 %, prestation annuelle maximale de 700 \$

Personnes âgées: - co-paiement à 50 %, prestation annuelle maximale de 700 \$

Assistés sociaux et personnes recevant une aide au niveau du paiement de la prime: - aucun co-paiement, services assurés à un maximum de 700 \$ par année.

Le Programme gratuit de médicaments prescrits pour les résidents âgés de 65 ans et plus, les handicapés et les malades chroniques et le Régime de médicaments prescrits (Pharmacare) offert à l'ensemble de la population, afin de protéger les individus des difficultés financières que peut entraîner l'achat de médicaments prescrits. Frais modérateurs-franchise de 100 \$ plus co-paiement à 20 %. De plus amples renseignements sur ce programme peuvent être obtenus en écrivant à Pharmacare, Ministry of Human Resources, Parliament Buildings, Victoria, V8V 1X4.

Prime Mensuelle (f):

Personne seule - 8,50 \$. Deux personnes - 17,00 \$. Famille de trois personnes ou plus - 21,25 \$.

Régime d'assurance-hospitalisation**Service assurés ordinaires (e):**

Service dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: les soins d'urgence, les soins en chirurgie mineure, les soins en chirurgie de jour, le traitement des cancéreux non hospitalisés, les soins psychiatriques de jour et de nuit, les services de réadaptation de jour, le traitement de la toxicomanie, les services de physiothérapie, le traitement de jour pour les diabétiques et certains services de psychiatrie en clinique de consultation externe (dans les hôpitaux désignés), les

renal dialysis treatments for chronic renal failure (in designated hospitals); day care services at the Arthritis Centre of British Columbia and psoriasis day care services at Shaughnessy Hospital, Vancouver.

services de consultation diététique, les services de cytologie exploités par la Cancer Control Agency of British Columbia et les services de dialyse rénale (dans les hôpitaux désignés); les soins de jour au Centre pour arthritiques de la Colombie-Britannique (Arthritis Centre of British Columbia) et les soins de jour pour les personnes souffrant de psoriasis à l'hôpital Shaughnessy de Vancouver.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada:

- a) Inpatient: During a temporary period of absence that ends at midnight on the last day of the 12th month following the month of departure from province - maximum stay of 12 months unless otherwise approved.
- b) Referral, if approved by Deputy Minister.
- c) Outpatient: Emergency services and minor surgery with a \$2.00 charge payable by the patient; day care surgical services with a \$6.00 charge payable by the patient and outpatient dialysis treatment with no charge to the patient. Computerized axial tomography.

Outside Canada: d) For emergency illness or accidental injury, inpatient maximum \$75 per day for adults and children, \$33 per day for newborns. \$170.00 or actual charge, whichever is lesser, for outpatient dialysis for chronic renal failure (Canadian funds).

Qualified persons who have obtained written prior approval to seek hospital treatment as inpatients outside of Canada are provided with benefits as follows:

- the usual and customary charge made by the hospital or institution providing the hospital service, less the authorized charges, if the benefits were not available in British Columbia; or
- a sum not greater than the per diem rate approved for an equivalent facility in British Columbia, less the authorized charges, if the benefits were available in British Columbia.

Authorized charges:

- a) \$50 per day in general hospitals, excluding newborn,
- b) \$10.50 per day for adults in extended care hospitals,
- c) \$2 for each emergency or minor surgical outpatient treatment,
- d) \$6 for day care surgical services,

Additional benefits: none

See notes on pages 42-43.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada:

- a) Services dispensés aux malades hospitalisés: les services reçus au cours d'une absence temporaire se terminant à minuit le dernier jour du 12^e mois suivant le mois du départ de la province -une absence maximale de 12 mois, sauf disposition contraire.
- b) Les services reçus par un malade dirigé ailleurs pour des traitements avec l'approbation du sous-ministre.
- c) Services de consultation externe: services d'urgence et de chirurgie mineure pour lesquels des frais de 2 \$ sont payables par le patient; services de soins en chirurgie de jour pour lesquels des frais de 6 \$ sont payables par le patient et traitement de dialyse destiné aux malades externes sans frais imputables au patient. Scangraphie.

Hors du Canada: d) pour les cas d'urgence ou les blessures accidentelles, un maximum de 75 \$ par jour pour les adultes ou les enfants hospitalisés, et de 33 \$ par jour pour les nouveau-nés. Pour le traitement de dialyse rénale aux personnes non hospitalisées souffrant d'insuffisance rénale chronique, la moins élevée des deux sommes suivantes: le coût réel du traitement ou 170 \$ (en devises canadiennes).

Pour les personnes admissibles qui ont obtenu l'autorisation écrite d'être hospitalisées à l'extérieur du Canada:

- 'les frais habituellement demandés par l'hôpital ou l'établissement fournissant les services hospitaliers, moins les frais autorisés, si les services n'étaient pas disponibles en Colombie-Britannique; ou
- un montant n'excédant pas le tarif à la journée autorisé pour un établissement équivalent en Colombie-Britannique, moins les frais autorisés, si les services étaient disponibles en Colombie-Britannique.

Frais autorisés:

- a) Sauf pour les nouveau-nés, 6,50 \$ par jour dans les hôpitaux généraux.
- b) 10,50 \$ par jour pour les adultes dans les hôpitaux de soins prolongés.
- c) 2 \$ pour tout service d'urgence ou les soins en chirurgie mineure en clinique de consultation externe.
- d) 6 \$ par jour pour les soins en chirurgie de jour.

Services assurés supplémentaires: aucun

Voir notes aux pages 42-43.

NORTHWEST TERRITORIES

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Standard benefits paid at rate of host province.

Outside Canada: Standard benefits paid up to Northwest Territories rate.

Additional benefits (d): Full travel coverage, plus living expenses allowance, paid while away from home for treatment of cancer, spina bifida, cystic fibrosis, tuberculosis, mental illness and cleft lip/cleft palate. Also covered are the cost of drugs required to treat specific chronic diseases. Assistance towards travel costs to receive medical treatment away from home community is provided. Pharmacare program for residents 65 years of age and older, and individuals of treaty Indian and Inuit status.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

Inpatient: Standard ward and all approved available services.

Outpatient: Emergency and follow-up treatment of injuries; medically necessary diagnostic radiological examinations with necessary interpretations; laboratory examinations; minor surgical procedures; physiotherapy and radiotherapy where available; and certain day care surgical procedures.

Out-of-province benefits(e):

Within Canada: Inpatient: Standard ward rate approved for hospital by its own provincial plan. Outpatient: Same benefits as in N.W.T.

Outside Canada: Up to a maximum specified rate.

Authorized charges: none

Additional benefits: none

See notes on pages 42-43.

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: services assurés ordinaires payés au tarif prévu par la province hôte.

Hors du Canada: services ordinaires assurés payés au tarif prévu par les Territoires du Nord-Ouest, ou moins.

Services assurés supplémentaires (d): la totalité des frais pour les déplacements, plus une indemnité de subsistance pour les individus qui doivent s'éloigner de chez eux aux fins de traitements contre le cancer, la fibrose kystique, la tuberculose, les troubles psychiatriques ou les fissures palatines ou labiales. Sont aussi assurés les coûts des médicaments requis pour traiter certaines maladies chroniques. Une subvention de voyage aux personnes qui doivent recevoir des traitements médicaux à l'extérieur de leur communauté. Le Régime de médicaments prescrits (Pharmacare) pour les personnes de 65 ans et plus, les Indiens et les Inuit de plein droit.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: les traitements d'urgence des blessures et leurs traitements subséquents; les examens radiologiques requis par nécessité médicale et les analyses nécessaires au diagnostic; les examens de laboratoire; les soins en chirurgie mineure; la physiothérapie et la radiothérapie quand elles sont disponibles et certains soins en chirurgie de jour.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: tarif de la salle approuvé pour l'hôpital par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province.

Services de consultation externe: les mêmes services assurés que ceux offerts dans les Territoires du Nord-Ouest.

Hors du Canada: jusqu'au tarif maximal spécifié.

Frais autorisés: aucun

Services assurés supplémentaires: aucun

Voir notes aux pages 42-43.

YUKON TERRITORY

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c): Insured services paid up to Yukon rate.

Additional benefits (d): Full travel costs to receive medical treatment away from home community. Cost of drugs required to treat specific chronic diseases. Full travel coverage plus living expenses allowance while away from home for treatment of cancer. Dental program for children up to Grade 8.

Premium per month (f):

Single - \$6.50. Couple - \$12.50.
Family - \$14.00.

Coverage depends on residency status rather than on payment of premiums. Persons 65 years or more are premium-exempt.

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

Inpatient: Standard ward rate and all approved available services.

Outpatient: Laboratory, radiological and other diagnostic procedures together with the necessary interpretations for the diagnosis and treatment of an injury, illness or disability excluding simple procedures which ordinarily form part of a physician's routine office examinations; day care surgical services.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Inpatient: Rate approved for hospital by its own provincial plan. Outpatient: Same benefits as in Territory.

Outside Canada: Maximum applied as to rate.

Authorized charges: none

Additional benefits: Nursing home insured services subject to a co-insurance charge of \$24.00 per day.

TERRITOIRE DU YUKON

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c): services assurés payés au tarif prévu par le Yukon, ou moins.

Services assurés supplémentaires (d): total des frais de déplacement en vue de recevoir un traitement médical à l'extérieur de la localité de résidence. Coût des médicaments nécessaires au traitement de maladies chroniques précises. Total des frais de déplacement et allocation de subsistance pour un séjour à l'extérieur de la maison aux fins de traitement contre le cancer. Programme dentaire pour les enfants, jusqu'en 8^e année.

Prime mensuelle (f):

Personne seule - 6,50 \$. Couple - 12,50 \$. Famille - 14,00 \$.

La garantie dépend de la résidence et non de l'acquittement des primes. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont exemptées des primes.

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: les tests de laboratoire, les examens radiologiques et les autres services de diagnostic, ainsi que les analyses nécessaires au diagnostic et au traitement des blessures, maladies ou invalidités, à l'exclusion des examens qui font partie de l'examen général en cabinet de médecin; les soins en chirurgie de jour.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: Le tarif approuvé pour l'hôpital par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province en question.

Services de consultation externe: les mêmes services assurés que ceux offerts dans le Territoire du Yukon.

Hors du Canada: le tarif maximal selon le taux.

Frais autorisés: aucun

Services assurés supplémentaires: services assurés des maisons de repos, sous réserve des frais d'une assurance conjointe de 24 \$ par jour.

See notes on pages 42-43.

Voir notes aux pages 42-43.

NOTES:

- a) The benefits listed are: 1) those of the national health insurance programs, and 2) additional benefits which are either: i) administered by the provincial health insurance plans or; ii) are administered by another agency and generally fall within the pattern of benefits which are associated with public health insurance programs. However, not included are many other health services provided by provinces other than through the health insurance system or equivalent. These other programs may be: on a universal basis (e.g. public health services, mental health services, communicable disease control); on a regional basis within a province; on an age related basis; or on a disease related basis.
- b) Authorized charges are mentioned under Hospital Insurance only as there are no authorized charges for Medical Care. However, extra-billing by individual practitioners above the benefit level paid by provincial medical care insurance plans is legally possible in all provinces except Quebec. The conditions under which extra-billing can occur, and the extent of such extra-billing varies from jurisdiction to jurisdiction.
- c) These benefits are insured services as defined in the Medical Care Act (Canada), and are provided in accordance with conditions contained in the Act. Benefits provided by a provincial plan which exceed the requirements of the Act are listed under "Additional benefits". All provincial medical care insurance plans are required to provide portability of coverage for the insured services of the Medical Care Program for their insured residents anywhere in the world. However, this requirement does not preclude a provincial plan from requiring prior approval from the plan before elective, non-emergency, care is obtained out-of-province.
- d) These additional benefits are provided generally on a limited basis. While, strictly speaking, the federal government is not contributing under federal health insurance legislation towards the costs of these additional benefits, the provinces have considerable latitude in allocating all federal contributions for health care services. These include the contributions under the Hospital Insurance and Medical Care Programs, as well as those under the Extended Health Care Services Program in respect of the cost of certain health services such as nursing home and adult residential care, home care (health aspects) and ambulatory health care services. The latter contribution is not subject to the program conditions applicable to hospital and medical care insurance. Consequently, the provinces have total flexibility in the use they make of this particular contribution.

For specific details, information may be obtained from the provincial plan.

- e) These benefits are provided in accordance with the terms and conditions of the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act (Canada), except for nursing home benefits.

NOTES

- a) Les services assurés mentionnés sont: 1) ceux des régimes d'assurance-santé nationaux, et 2) les services assurés supplémentaires qui sont administrés soit (i) par les régimes d'assurance-maladie provinciaux, soit (ii) par un autre organisme, et qui correspondent généralement aux services assurés associés aux régimes d'assurance-maladie publics. Cependant, ne sont pas compris de nombreux autres services fournis par les provinces par un autre moyen que le régime d'assurance-maladie ou l'équivalent. Ces autres programmes peuvent être: sur une échelle universelle (par exemple, les services d'hygiène publique, les services de santé mentale, la lutte contre les maladies vénériennes); au niveau régional au sein d'une province; en fonction de l'âge; ou en fonction d'une maladie.
- b) Les frais autorisés sont mentionnés aux termes de l'assurance-hospitalisation seulement, parce qu'il n'y a pas de frais autorisés pour les soins médicaux. Toutefois, dans toutes les provinces, sauf au Québec, les omnipraticiens individuels sont légalement en mesure de dépasser les tarifs prévus par les régimes d'assurance-maladie provinciaux. Les conditions et l'importance de cette surfacturation varient d'un secteur de compétence à l'autre.
- c) Ces services assurés sont offerts conformément aux dispositions de la Loi sur les soins médicaux (Canada) et aux conditions y afférentes. Des services additionnels dépassant les dispositions de la loi sont offerts par les différents régimes provinciaux. Ils sont décrits sous le titre "services assurés supplémentaires." Tous les régimes provinciaux d'assurance médicale doivent offrir à leurs résidents assurés une transférabilité de couverture partout dans le monde pour les services assurés du Programme de soins médicaux. Cette exigence n'empêche cependant pas un régime provincial de demander préalablement l'approbation du régime avant que des soins facultatifs, non urgents, soient prodigues hors de la province.
- d) Ces services supplémentaires sont généralement offerts avec certaines restrictions. Bien que, strictement parlant, le gouvernement fédéral ne partage pas les coûts de ces services supplémentaires en vertu de la législation fédérale sur l'assurance-santé, les provinces jouissent d'une latitude considérable dans la répartition de toutes les contributions fédérales pour les services de santé; celles-ci comprennent les contributions en vertu des régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux, ainsi que les contributions en vertu du Programme de services complémentaires de santé, relativement au coût de certains services de santé tels que les soins en maison de repos et les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile (les services de santé) et les soins ambulatoires. Cette dernière contribution n'est pas assujettie aux conditions qui s'appliquent aux régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux. En conséquence, les provinces sont libres d'utiliser cette contribution comme elles le veulent.
- Pour plus de précisions, s'adresser au régime provincial en question.
- e) Ces services assurés sont offerts conformément à la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques (Canada), sauf les services assurés dans les maisons de repos.

- f) Regular premiums only are listed. Reduced premiums and/or premium exemptions are available to residents on limited incomes. The provisions for assistance vary from province to province.
- g) Rates are for combined medical care and hospital insurance coverage. Premium exemption if member of premium unit is 65 years or more and resided for at least the previous 12 months in province.
- h) Premium exemption for basic (and for optional) coverage if member of a premium unit is 65 years or more. Eligibility for hospital insurance depends on medical care insurance status.
- i) A special fund for financing the Quebec Health Insurance Plan comprises employers' contributions amounting to 1.5% of employees' salaries and payments made by the Minister of Finance out of the provincial consolidated revenue fund, according to the requirements of the Quebec Health Insurance Board.
- j) In this province, the services of osteopaths are eligible as insured services under the Medical Care Act (Canada) on the same basis as the services of medical practitioners.
- f) Seules les primes régulières sont inscrites. Les primes réduites et les exemptions de primes sont offertes aux résidents à revenu limité. Les dispositions en ce sens varient d'une province à l'autre.
- g) Les taux s'appliquent aux Programmes de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation combinés. Il y a exemption de la prime si la personne seule ou un des membres d'une famille (2 personnes ou plus) est âgée de 65 ans ou plus et est résident dans la province depuis au moins les 12 derniers mois.
- h) Il y a exemption de la prime pour l'assurance de base (et l'assurance facultative) si la personne seule ou un des membres d'une famille (2 personnes ou plus) est âgée de 65 ans ou plus. Le droit à l'assurance-hospitalisation dépend de la situation par rapport au Régime de soins médicaux.
- i) La Régie de l'assurance-maladie du Québec est financée par le fonds de l'assurance-maladie créé au ministère des Finances et alimenté par la contribution des employeurs (1,5 % du salaire versé à un employé) à laquelle s'ajoutent des sommes versées par le ministre des Finances à même le fonds consolidé du revenu et selon les besoins de la Régie.
- j) Dans cette province, les services des ostéopathes peuvent être considérés comme étant des services assurés en vertu de la Loi fédérale sur les soins médicaux au même titre que les services des médecins.

Plan Addresses**Newfoundland****Medical Care**

Newfoundland Medical Care
Commission,
Elizabeth Towers,
Elizabeth Avenue,
St. John's, Newfoundland.
A1C 5J3

Hospital Insurance

Hospital Services Division,
Department of Health,
Confederation Building,
St. John's, Newfoundland.
A1C 5T7

Prince Edward Island**Medical Care**

Health Services Commission,
P.O. Box 4500,
Charlottetown, P.E.I.
C1A 7P4

Hospital Insurance

Hospital Services Commission of
Prince Edward Island,
P.O. Box 4500,
Charlottetown, P.E.I.
C1A 7P4

Nova Scotia**Medical Care**

Health Services and Insurance Commission,
P.O. Box 760,
Halifax, Nova Scotia.
B3J 2V2

Hospital Insurance

Department of Health,
P.O. Box 488,
Halifax, Nova Scotia.
B3J 2R8

New Brunswick**Medical Care**

Department of Health,
Insured Services Division,
P.O. Box 5100,
Fredericton, New Brunswick.
E3B 5G8

Hospital Insurance

Department of Health,
Insured Services Division,
P.O. Box 6000,
Fredericton, New Brunswick.
E3B 5G8

Quebec**Medical Care**

Quebec Health Insurance Board,
P.O. Box 6600,
Quebec, Quebec.
G1K 7T3

Hospital Insurance

Department of Social Affairs,
Joffre Building,
1075 chemin Ste-Foy,
Quebec, Quebec.
G1A 1B9

Adresses des Régimes**Terre-Neuve****Soins médicaux**

Newfoundland Medical Care
Commission
Elizabeth Towers
Avenue Elizabeth
Saint-Jean (Terre-Neuve)
A1C 5J3

Assurance-hospitalisation

Hospital Services Division
Department of Health
Confederation Building
Saint-Jean (Terre-Neuve)
A1C 5T7

Île-du-Prince-Édouard**Soins médicaux**

Health Services Commission of
Prince Edward Island
C.P. 4500
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 7P4

Assurance-hospitalisation

Hospital Services Commission of
Prince Edward Island
C.P. 4500
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 7P4

Nouvelle-Écosse**Soins médicaux**

Health Services and Insurance
Commission
C.P. 760
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3J 2V2

Assurance-hospitalisation

Ministère de la Santé
C.P. 488
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3J 2R8

Nouveau-Brunswick**Soins médicaux**

Ministère de la Santé
Division des services assurés
C.P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8

Assurance-hospitalisation

Ministère de la Santé
Division des services assurés
C.P. 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8

Québec**Soins médicaux**

Régie de l'assurance-maladie du Québec
C.P. 6600
Québec (Québec)
G1K 7T3

Assurance-hospitalisation

Ministère des Affaires sociales
Édifice Joffre
1075, chemin Ste-Foy
Québec (Québec)
G1A 1B9

Ontario

Ontario Health Insurance Plan - (Medical Care and Hospital Insurance)

HEAD OFFICE
General Manager,
Ontario Health Insurance Plan,
7 Overlea Boulevard,
Toronto, Ontario.
M4H 1A9

HAMILTON	KINGSTON
25 Main St. W.,	1055 Princess St.,
Hamilton, Ontario.	P.O. Box 9000,
L8P 4P9	Kingston, Ontario.
	K7L 5A9

LONDON	MISSISSAUGA
227 Queens Ave.,	201 City Centre Dr.,
P.O. Box 5700	P.O. Box 7020,
Terminal A,	Station "A",
London, Ontario.	Mississauga, Ontario.
N6A 1J8	L5A 3M1

OSHAWA	OTTAWA
44 Bond St. W.,	75 Albert St.,
Oshawa, Ontario.	Ottawa, Ontario.
L1H 7R1	K1P 5Y9

SUDBURY	THUNDER BAY
199 Larch St.,	435 James St. S.,
8th Floor	P.O. Box 5000,
Sudbury, Ontario.	Thunder Bay, Ontario.
P3E 5R1	P7C 5G6

TORONTO	
2195 Yonge St.,	
P.O. Box 1700,	
Terminal A,	
Toronto, Ontario.	
M5W 1G9	

The above district offices undertake registration and claims processing. Information offices are also located at Barrie, Kenora, Kitchener, Peterborough, St. Catharines, Sarnia, Timmins and Windsor.

Ontario

Régime d'assurance-maladie de l'Ontario - (les soins médicaux et l'assurance-hospitalisation)

SIÈGE SOCIAL
Gérant général
Régime d'assurance-maladie de l'Ontario
7, boulevard Overlea
Toronto (Ontario)
M4H 1A9

HAMILTON	KINGSTON
25, rue Main ouest	1055, rue Princess
Hamilton (Ontario)	C.P. 9000
L8P 4P9	Kingston (Ontario)
	K7L 5A9

LONDON	MISSISSAUGA
227, av. Queens	201, promenade
C.P. 5700	City Centre
Succursale A	C.P. 7020
London (Ontario)	Succursale A
N6A 1J8	Mississauga (Ontario)
	L5A 3M1

OSHAWA	OTTAWA
44, rue Bond ouest	75, rue Albert
Oshawa (Ontario)	Ottawa (Ontario)
L1H 7R1	K1P 5Y9

SUDBURY	THUNDER BAY
199, rue Larch	435, rue James sud
8 ^e étage	C.P. 5000
Sudbury (Ontario)	Thunder Bay (Ontario)
P3E 5R1	P7C 5G6

TORONTO	
2195, rue Yonge	
C.P. 1700	
Succursale A	
Toronto (Ontario)	
M5W 1G9	

Les bureaux régionaux ci-dessus se chargent de recevoir les inscriptions et de donner suite aux demandes d'indemnité. Il existe également des bureaux d'information à Barrie, à Kenora, à Kitchener, à Peterborough, à St. Catharines, à Sarnia, à Timmins, et à Windsor.

Manitoba

Medical Care

Manitoba Health Services Commission,
599 Empress Street,
Winnipeg, Manitoba.
R3C 2T6

Hospital Insurance

Manitoba Health Services Commission,
599 Empress Street,
Winnipeg, Manitoba.
R3C 2T6

Saskatchewan

Medical Care

Saskatchewan Medical Care Insurance
Commission,
T.C. Douglas Building,
3475 Albert Street,
Regina, Saskatchewan.
S4S 6X6

Hospital Insurance

Saskatchewan Hospital Services Plan,
T.C. Douglas Building,
3475 Albert Street,
Regina, Saskatchewan.
S4S 6X6

Manitoba

Soins médicaux

Manitoba Health Services Commission
599, rue Empress
Winnipeg (Manitoba)
R3C 2T6

Assurance-hospitalisation

Manitoba Health Services Commission
599, rue Empress
Winnipeg (Manitoba)
R3C 2T6

Saskatchewan

Soins médicaux

Saskatchewan Medical Care Insurance
Commission
T.C. Douglas Building
3475, rue Albert
Regina (Saskatchewan)
S4S 6X6

Assurance-hospitalisation

Saskatchewan Hospital Services Plan
T.C. Douglas Building
3475, rue Albert
Regina (Saskatchewan)
S4S 6X6

Alberta**Medical Care**

Department of Hospitals
and Medical Care,
Alberta Health Care Insurance Plan,
118th Avenue and Groat Road,
P.O. Box 1360,
Edmonton, Alberta.
T5J 2N3

or

Department of Hospitals
and Medical Care,
Alberta Health Care Insurance Plan,
Crosslands Building,
629B - 7th Avenue S.W.,
Calgary, Alberta.
T2P 0Y9

Hospital Insurance

Department of Hospitals
and Medical Care,
P.O. Box 2222,
11010 - 101st St.,
Edmonton, Alberta.
T5J 2P4

British Columbia**Medical Care**

Medical Services Commission,
1515 Blanshard Street,
Victoria, B.C.
V8W 3C8
(Insurance contract may be obtained from
the Medical Services Plan of British
Colombia,
1515 Blanshard Street,
Victoria, B.C.
Mailing Address:
P.O. Box 1600,
Victoria, British Columbia.
V8W 2X9)

Hospital Insurance

Hospital Programs,
Ministry of Health,
1515 Blanshard Street,
Victoria, British Columbia.
V8V 3C8

Northwest Territories**Medical Care**

N.W.T. Health Care Plan,
Government of the N.W.T.,
Yellowknife, N.W.T.
X1A 2L9

Hospital Insurance

N.W.T. Health Care Plan,
Government of the N.W.T.,
Yellowknife, N.W.T.
X1A 2L9

Yukon**Medical Care**

Yukon Health Care Insurance Plan,
P.O. Box 2703,
Whitehorse, Yukon.
Y1A 2C6

Hospital Insurance

Yukon Hospital Insurance Services,
P.O. Box 2703,
Whitehorse, Yukon.
Y1A 2C6

Alberta**Soins médicaux**

Department of Hospitals and Medical Care
Alberta Health Care Insurance Plan
118e Avenue et chemin Groat
C.P. 1360
Edmonton (Alberta)
T5J 2N3

et

Department of Hospitals and Medical Care
Alberta Health Care Insurance Plan
Immeuble Crosslands
629B, 7e Avenue sud-ouest
Calgary (Alberta)
T2P 0Y9

Assurance-hospitalisation

Department of Hospitals and Medical Care
C.P. 2222
11010 - 101e Rue
Edmonton (Alberta)
T5J 2P4

Colombie-Britannique**Soins médicaux**

Medical Services Commission
1515, rue Blanshard
Victoria (Colombie-Britannique)
V8W 3C8
(Pour obtenir un contrat d'assurance,
s'adresser au:
Medical Services Plan of British Columbia
1515, rue Blanshard
Victoria (Colombie-Britannique)
Adresse postale:
C.P. 1600
Victoria (Colombie-Britannique)
V8W 2X9)

Assurance-hospitalisation

Hospital Programs
Ministry of Health
1515 Blanshard
Victoria (Colombie-Britannique)
V8V 3C8

Territoires du Nord-Ouest**Soins médicaux**

N.W.T. Health Care Plan
Gouvernement des Territoires du
Nord-Ouest
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9

Assurance-hospitalisation

N.W.T. Health Care Plan
Gouvernement des Territoires du
Nord-Ouest
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9

Territoire du Yukon**Soins médicaux**

Yukon Health Care Insurance Plan
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon)
Y1A 2C6

Assurance-hospitalisation

Yukon Hospital Insurance Services
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon)
Y1A 2C6



CAI

HW

-A554

Canada

Government
Publications

Medical Care Annual Report

Soins médicaux Rapport annuel



Her Excellency the Right Honourable
Jeanne Sauvé, Governor General and
Commander-in-Chief of Canada.

MAY IT PLEASE YOUR EXCELLENCE:

The undersigned has the honour to present to
your Excellency the Annual Report respecting
operations of the Medical Care Act for the fiscal
year ended March 31, 1982.

Respectfully submitted,



Jake Epp,
Minister of National Health and Welfare.

Son Excellence la très honorable
Jeanne Sauvé, Gouverneur général et
Commandant en chef du Canada.

QU'IL PLAISE À VOTRE EXCELLENCE,

J'ai l'honneur de présenter à Votre Excellence le
Rapport annuel sur l'application de la Loi sur
les soins médicaux pour l'année financière
terminée le 31 mars 1982.

Je vous prie d'agréer, Madame le Gouverneur
général, l'assurance de mon profond respect.



Jake Epp
Ministre de la Santé nationale et du Bien-être
social

© Minister of Supply and Services Canada 1986
Cat. No. H75-9/1982
ISBN 0-662-54384-X

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1986
N° de cat. H75-9/1982
ISBN 0-662-54384-X

Annual Report of the Minister of National Health and Welfare respecting operations of the Medical Care Act for the fiscal year ended March 31, 1982.

This is the fourteenth report to Parliament, made in accordance with Section 9 of the Medical Care Act.

Program Description

The Medical Care Act (chapter M-8, R.S.C., 1970) received Royal Assent on December 21, 1966. In keeping with a recommendation from the Royal Commission on Health Services in 1964, the Act established a grant-in-aid program whereby the federal government is empowered to make financial contributions to those provinces* which operate medical care insurance plans meeting certain minimum criteria. These criteria are embodied in the Act and require the provincial plans to have the following characteristics:

- 1. Comprehensive coverage** for all medically required services rendered by a physician or surgeon. There can be no dollar limit or exclusion except on the grounds that the services are not medically required. Certain surgical-dental services rendered by dental surgeons in hospitals were added as benefits effective July 1, 1968.
- 2. Reasonable access to insured services by insured persons.** The benefit coverage must be administered in such a way that there will be no impediment or preclusion through financial charges or otherwise to an insured person receiving necessary medical care.
- 3. Universal coverage available to all eligible residents of a participating province on uniform terms and conditions and covering, in addition, at least ninety-five per cent of the total eligible population.** This ensures access to coverage by all residents and prevents premium discrimination on account of previous health, age, non-membership in a group or other consideration. At the same time, subsidization in whole or in part for certain age groups or low-income groups is permitted if a plan is financed by means of a premium system, provided all qualifying residents are treated equally. Eligibility as a beneficiary is not related to employment insurance groups and, consequently, coverage is not lost when an individual changes jobs.

Rapport annuel du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social sur l'application de la Loi sur les soins médicaux pour l'année financière terminée le 31 mars 1982.

Le présent rapport, établi conformément à l'article 9 de la Loi sur les soins médicaux, est le quatorzième présenté au Parlement.

Description du programme

La Loi sur les soins médicaux (chapitre M-8, S.R.C., 1970) a reçu la sanction royale le 21 décembre 1966. Conformément aux propositions de la Commission royale sur les services de santé de 1964, la loi a établi un programme de subventions aux termes duquel le gouvernement fédéral a le pouvoir d'accorder, selon certains critères minimaux, une aide financière aux provinces* appliquant un régime de soins médicaux. Ces critères sont incorporés dans la loi et obligent les régimes provinciaux à posséder les caractéristiques suivantes:

- 1. La garantie tous risques** couvrant tous les services nécessaires dispensés par un médecin ou par un chirurgien. Ce critère n'admet aucune limite monétaire ni exclusion, à moins que les services ne s'imposent pas du point de vue médical. Depuis le 1^{er} juillet 1968, certains services de chirurgie dentaire dispensés dans les hôpitaux par des chirurgiens-dentistes sont également prévus.
- 2. L'accès raisonnable des personnes assurées aux services assurés.** L'accès aux services assurés ne doit pas être entravé par des frais d'utilisation excessifs ou d'autres dispositions.
- 3. L'application universelle de la garantie à tous les résidents assurables de la province participante, selon des conditions uniformes, et couvrant au moins 95 p. 100 de la population assurable.** Cela permet de garantir l'accès à tous les résidents et d'éviter la discrimination en matière de primes, quelle soit fondée sur la santé, l'âge, la non-appartenance à un groupe ou tout autre motif. En outre, si le régime est financé par un système de primes, l'autorité provinciale peut subventionner, en totalité ou en partie, certains groupes d'âge ou des groupes économiquement faibles, à condition que tous les résidents ayant droit à la garantie soient traités équitablement. Le droit à la garantie n'est pas lié à une assurance collective par groupes d'employés, et par conséquent, le changement d'emploi n'entraîne aucune suspension de la garantie.

* The term "provinces" includes the territories unless otherwise specified.

* Le terme "provinces" comprend les territoires sauf indication contraire.

4. **Portability of benefits** when beneficiaries are temporarily absent from their own province or when moving from one participating province to another.
5. **Administration on a non-profit basis** by a public authority which is accountable to the provincial government for its financial transactions.

Federal financial contributions to participating provinces became payable from July 1, 1968, and, originally, were based on half of the national per capita cost of the insured services of the national program, multiplied by the number of insured persons in each province. As a result of a 1976 amendment to the Medical Care Act, the 1976-77 per capita contribution was limited to 113% of the 1975-76 per capita contribution. This ceiling marginally reduced the level of the federal contribution below 50 per cent of the national per capita cost of insured services for that year. New financial arrangements came into effect April 1, 1977, and are discussed later in this report under the heading "Description of Financing Arrangements".

The Medical Care Act excludes from the insurable population of a province members of the Canadian Armed Forces, Royal Canadian Mounted Police and persons serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the Penitentiary Act. These exclusions amount to less than 0.5 per cent of the total population.

Medically required services furnished by medical practitioners to otherwise uninsurable and/or insured residents of a participating province who are eligible and entitled to receive insured services under any other Act of the Parliament of Canada or under any law of a province relating to workers' compensation are not insured services under the Medical Care Act. For example, war veterans entitled to medical care under other federal legislation are excluded from the benefit coverage of the Medical Care Act insofar as their compensable disability is concerned. The relevant federal statutes are as follows:

Aeronautics Act	
Civilian War Pensions and Allowances Act	
Government Employees Compensation Act	
Merchant Seamen Compensation Act	
National Defence Act	
Penitentiary Act	
Pension Act	
Royal Canadian Mounted Police Act	
Royal Canadian Mounted Police Pension Continuation Act	
Royal Canadian Mounted Police Superannuation Act	
Veterans Rehabilitation Act	

Coverage is automatic for eligible residents in most provinces except for Ontario, British Columbia and Alberta, subject to any registration requirements being met. In Ontario, coverage is mandatory for persons employed where there are 15 or more persons on the payroll, it occurs at the discretion of the employer where there are between six to 14 employees, while coverage is voluntary for the remainder of the population. In Alberta, persons may "opt out" on a yearly basis, but such an election must be for both the provincial hospital insurance and medical care plans. British Columbia has a voluntary plan.

4. **La transférabilité des prestations** lorsque le bénéficiaire s'absente temporairement de sa province ou déménage dans une autre province participante.
5. **L'administration sans but lucratif** assurée par un organisme public, responsable de ses opérations financières devant le gouvernement provincial.

Les contributions fédérales ont commencé d'être versées aux provinces participantes le 1er juillet 1968 et, à l'origine, étaient fondées sur la moitié du coût national par habitant des services assurés par le programme national, multipliée par le nombre de personnes assurées dans chaque province. Par suite d'une modification apportée en 1976 à la Loi sur les soins médicaux, la contribution par habitant pour 1976-1977 a été limitée à 113 p. 100 de celle versée pour 1975-1976. Ce plafond a légèrement réduit le niveau de la contribution fédérale à moins de 50 p. 100 du coût national par habitant des services assurés pour l'année en question. De nouveaux accords financiers sont entrés en vigueur le 1er avril 1977 et ceux-ci sont examinés sous la rubrique "Description des accords de financement".

La Loi sur les soins médicaux exclut de la population assurable d'une province les membres des Forces armées canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, selon la définition qu'en donne la Loi sur les pénitenciers. Le nombre des personnes exclues représente moins de 0,5 p. 100 de la population globale.

Les services médicaux fournis par un médecin aux résidents assurables d'une province participante, qui ont droit aux services assurés en vertu de toute autre loi du Parlement canadien ou de toute loi provinciale portant sur l'indemnisation des accidentés du travail ne sont pas des services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux. Par exemple, les anciens combattants ayant droit aux soins médicaux en vertu d'autres lois fédérales sont exclus de la garantie prévue par la Loi sur les soins médicaux en ce qui concerne une affection imputable au service de guerre pour laquelle ils sont déjà indemnisés. Les lois fédérales en question sont les suivantes:

Loi sur l'aéronautique	
Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils	
Loi sur l'indemnisation des employés de l'État	
Loi sur l'indemnisation des marins marchands	
Loi sur la défense nationale	
Loi sur les pénitenciers	
Loi sur les pensions	
Loi sur la Gendarmerie royale du Canada	
Loi sur la continuation des pensions de la Gendarmerie royale du Canada	
Loi sur la pension de retraite de la Gendarmerie royale du Canada	
Loi sur la réadaptation des anciens combattants	

Dans la plupart des provinces, sauf en Ontario, en Colombie-Britannique et en Alberta, sous réserve que toute condition d'enregistrement soit remplie, les résidents qui ont droit aux soins sont couverts d'office. En Ontario, lorsqu'il y a 15 personnes ou plus d'inscrites aux listes de paye, les employés du service en question sont obligatoirement couverts. Cette question est laissée à la discrétion de l'employeur dans les services qui comptent entre 6 et 14 employés; l'assurance est facultative pour le reste de la population. En Alberta, un particulier peut se retirer du régime à la fin de chaque année, mais une telle décision l'oblige à renoncer à la fois au régime provincial d'assurance-hospitalisation et au régime provincial de soins médicaux. La Colombie-Britannique offre un régime volontaire.

Virtually 100 per cent of the residents of Canada who were eligible for coverage under the Medical Care Program through the various provincial plans were insured in 1981-82.

This is the tenth fiscal year in which medical care insurance plans were in effect in all jurisdictions. The provincial plans have been operational for at least eleven years and in most instances for twelve or thirteen years.

The dates of entry of the provincial plans were as follows:

Newfoundland	April 1, 1969
Prince Edward Island	December 1, 1970
Nova Scotia	April 1, 1969
New Brunswick	January 1, 1971
Quebec	November 1, 1970
Ontario	October 1, 1969
Manitoba	April 1, 1969
Saskatchewan	July 1, 1968
Alberta	July 1, 1969
British Columbia	July 1, 1968
Yukon	April 1, 1972
Northwest Territories	April 1, 1971

En 1981-1982, des résidents canadiens ayant droit aux services assurés du Programme de soins médicaux par l'entremise des différents régimes provinciaux, presque tous ont bénéficié de la garantie.

La présente marque la dixième année financière où il existe un régime de soins médicaux dans toutes les provinces. Les régimes provinciaux sont appliqués depuis au moins onze ans et, dans la plupart des cas, depuis douze ou treize ans.

Les régimes provinciaux se sont joints au programme fédéral aux dates suivantes:

Terre-Neuve	1er avril 1969
Île-du-Prince-Édouard	1er décembre 1970
Nouvelle-Écosse	1er avril 1969
Nouveau-Brunswick	1er janvier 1971
Québec	1er novembre 1970
Ontario	1er octobre 1969
Manitoba	1er avril 1969
Saskatchewan	1er juillet 1968
Alberta	1er juillet 1969
Colombie-Britannique	1er juillet 1968
Yukon	1er avril 1972
Territoires du Nord-Ouest	1er avril 1971

Description of Financing Arrangements

Late in 1976, following several years of negotiations, the provinces and Canada agreed to new financial arrangements for medical care and hospital insurance, among other fiscal matters. This led to the enactment of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, (FPFA/EPF Act) assented to on March 31, 1977, which contains the formulae for calculating the yearly federal contributions to the provinces.

Commencing April 1, 1977, federal contributions to the provinces with respect to the established programs of hospital insurance, medical care and post-secondary education, are no longer directly related to provincial costs but take the form of a block fund that includes:

- (a) The transfer to the provinces of tax points¹ and associated equalization;
- (b) cash payments.

The total federal contributions for these programs are now, in general terms, based on the current escalated value of the 1975-76 federal contributions for the three programs.

The tax point transfer is achieved by way of a reduction in federal taxes which enables the provinces to make corresponding increases in provincial taxes without necessarily increasing the total tax burden on Canadians.

Description des accords de financement

À la fin de 1976, après plusieurs années de négociations, les provinces et le gouvernement du Canada ont convenu de conclure de nouvelles ententes financières pour l'assurance de soins médicaux et l'assurance-hospitalisation, entre autres questions. Ces ententes ont abouti à l'adoption de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, sanctionnée le 31 mars 1977, qui définit les formules utilisées dans le calcul des contributions fédérales annuelles versées aux provinces.

Depuis le 1^{er} avril 1977, les contributions fédérales versées aux provinces, relativement aux programmes établis d'assurance-hospitalisation, de soins médicaux et d'études postsecondaires ne sont plus fonction immédiate des frais provinciaux, mais prennent plutôt la forme d'un financement global qui comprend:

- a) le transfert aux provinces de points fiscaux¹ et de la péréquation qui s'y rattache;
- b) des versements en espèces.

À l'heure actuelle, la contribution fédérale globale à ces programmes est essentiellement fondée sur la valeur relevée courante de la contribution fédérale de 1975-1976 aux trois programmes.

Le transfert de points fiscaux se fait grâce à une réduction des impôts fédéraux qui permet aux provinces de hausser leurs taux d'impôt sans nécessairement augmenter le fardeau fiscal dans son ensemble.

1 One personal income tax point is equal to one per cent of Federal Basic Tax and one Corporate Income Tax point is equal to one per cent of Corporate Taxable Income.

1 Un point d'impôt sur le revenu des particuliers est égal à 1 p. 100 de l'impôt fédéral de base et un point d'impôt sur le revenu des corporations est égal à 1 p. 100 du revenu imposable des corporations.

The formula for the cash payments is complex and five factors, which affect all provinces², are involved:

- (a) 50 per cent of the national average per capita federal contributions to the provinces for the established programs in the base year 1975-76, plus the cash equivalent of one personal income tax point on a per capita basis (\$7.63);³
- (b) provincial population;
- (c) an escalator consisting of a three-year moving average of the annual rate of the nominal growth of Gross National Product on a per capita basis;
- (d) transitional payments to provinces where the tax transfer and associated equalization are less than the value of the basic cash contribution;
- (e) levelling adjustments designed to ensure phased elimination of differences in per capita entitlement under the pre-EPF arrangements.⁴

The Minister of Finance allocates the federal cash contribution to each province among the three established programs on the basis of the proportion for the fiscal year 1975-76. The allocation is:

50.5% - Hospital Insurance Program
17.4% - Medical Care Program
32.1% - Post-Secondary Education Financing Program

La formule des versements en espèces est complexe et comporte cinq facteurs qui concernent toutes les provinces²:

- a) 50 p. 100 de la moyenne nationale de la contribution fédérale par habitant accordée aux provinces, pour les programmes établis au cours de l'année de base 1975-1976, plus l'équivalent en espèces, pour chaque habitant, d'un point fiscal sur le revenu personnel (7,63 \$)³;
- b) la population provinciale;
- c) un facteur de progression, c'est-à-dire une moyenne mobile, calculée sur une période de trois ans, du taux nominal d'accroissement du produit national brut, par habitant;
- d) des paiements de transition aux provinces lorsque les versements de transfert d'impôt et de péréquation sont inférieurs à la valeur de la contribution de base en espèces;
- e) des redressements visant à éliminer progressivement les différences dans les contributions versées par habitant en vertu d'accords antérieurs à la Loi sur le financement des programmes établis⁴.

Le ministre des Finances répartit la contribution fédérale en espèces accordée à chaque province entre les trois programmes établis, en fonction du prorata pour l'année financière 1975-1976. La répartition est la suivante:

50,5 p. 100 - Programme d'assurance-hospitalisation
17,4 p. 100 - Programme d'assurance de soins médicaux
32,1 p. 100 - Programme de financement des études postsecondaires

2 Québec receives a special abatement of 8.5 personal income tax points on a fiscal year basis for Hospital Insurance, Medical Care, and Post-Secondary Education. This results in a lower per capita cash payment when compared to other provinces.

3 The cash equivalent of one personal income tax point as well as one corporate income tax point in the tax room transferred to the provinces, do not arise from health programs. They are part of an adjustment made to the provinces to settle the question of compensation for termination of the 1972 Tax Reform Guarantee Program and other issues which were outstanding at the time.

4 By 1980-81 levelling was complete.

2 La province de Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points fiscaux sur le revenu des particuliers calculé selon l'année financière pour l'assurance-hospitalisation, les soins médicaux et les études postsecondaires. C'est la raison pour laquelle le paiement en espèces par habitant est moins élevé au Québec que dans les autres provinces.

3 L'équivalent en espèces d'un point d'impôt sur le revenu des particuliers ainsi qu'un point fiscal sur le revenu de corporation du champ d'imposition cédé aux provinces n'ont pas été accordés à cause des programmes de santé. En effet, ces gains des provinces font partie de ce que le gouvernement fédéral leur a accordé pour compenser l'abolition du Programme de garantie - réforme fiscale 1972 et pour régler d'autres questions à l'époque.

4 Les redressements ont été achevés en 1980-1981.

The allocated cash contributions for the health programs are deemed to be the contributions payable under the Hospital Insurance and Diagnostic Services and the Medical Care Acts. The cash contributions are payable by the Minister of National Health and Welfare who is responsible to Parliament for ensuring that the provincial plans continue to meet the program criteria. Contributions are conditional upon the corresponding provincial hospital and medical care insurance plans continuing to meet the program criteria of the federal health insurance legislation respecting such matters as the comprehensiveness of insured services covered, universality of population covered, reasonable access to insured services without impediment by way of user charges or otherwise, portability, adequate standards of care and public administration on a non-profit basis. Under these financial arrangements, provinces now have greater flexibility in the use of their own funds and the federal contributions than that which pertained under direct cost sharing.

Also, under the EPF Act, as of April 1, 1977, the federal government is making additional equal per capita cash contributions to the provinces towards the cost of extended health care services not covered by the Medical Care and Hospital Insurance Programs. These services are: nursing home intermediate care, adult residential care, converted mental hospitals, home care (health aspects), and ambulatory health care services. The extended health care services contribution is estimated at \$30.05 per capita or \$731.5 million, overall for 1981-82, and is subject to yearly escalation in the same manner as the basic cash contributions. The only condition of payment for the extended health care services program is that the provinces furnish to the Minister of National Health and Welfare such information as is reasonably required by Canada to carry out its international obligations, for the planning and achieving of national standards, and for mutually useful exchanges of information between Canada and the provinces in relation to health care.

Program Changes and Developments

The rendering of charges by medical practitioners that are in excess of provincial plan benefit levels (extra-billing) continued to be a prominent public issue.

Discussions concerning a proposal to ban extra-billing received various reactions throughout the provinces.

There are significant differences in the ways provinces and their physicians approach extra-billing. Four broad categories of arrangements exist in the ten provinces and two territories of Canada.⁵

Les contributions en espèces affectées aux programmes de santé sont considérées comme étant payables en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et de la Loi sur les soins médicaux. Ces contributions en espèces doivent être versées par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social qui est chargé par le Parlement de s'assurer que les régimes provinciaux continuent de satisfaire aux critères du Programme. Ces contributions sont conditionnelles, en ce sens que les régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux doivent continuer de satisfaire aux critères de la Loi fédérale sur l'assurance-santé concernant des points comme la garantie tous risques des services assurés couverts, l'application universelle de la garantie à tous les résidents assurables, l'accès raisonnable aux services assurés sans qu'il soit entravé par des frais d'utilisation excessifs ou d'autres dispositions, la transférabilité des prestations, des normes suffisantes en matière de soins, et l'administration sans but lucratif assurée par un organisme public. En vertu des nouveaux accords financiers, les provinces jouissent maintenant d'une plus grande souplesse quant à l'utilisation de leurs propres fonds et des contributions fédérales que dans le contexte du partage direct des frais.

De plus, en vertu de la Loi sur le financement des programmes établis, le gouvernement fédéral verse aux provinces, depuis le 1^{er} avril 1977, des contributions supplémentaires en espèces, soit une somme équivalente pour chacune de celles-ci, calculée selon une formule par habitant, afin de les aider à assumer les frais de certains services complémentaires de santé non prévus par les Programmes de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation. Il s'agit des services suivants: les soins courants en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les hôpitaux psychiatriques convertis, les soins à domicile (l'aspect santé) et les soins ambulatoires. La contribution relative aux services complémentaires de santé est évaluée à 30,05 \$ par habitant, ce qui représente un montant global de 731,5 millions de dollars pour l'année 1981-1982, et elle augmentera annuellement de la même manière que les autres contributions en espèces de base. La seule condition de paiement dans le cadre du programme de services complémentaires de santé est que les provinces fournissent au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social les données dont a besoin le gouvernement du Canada pour s'acquitter de ses obligations internationales, élaborer et appliquer des normes nationales et assurer un échange efficace de renseignements avec les provinces en matière de services de soins de santé.

Changements aux programmes et nouveaux faits

La question des frais facturés par les médecins en sus des tarifs fixés par les régimes provinciaux (facturation supplémentaire) a continué d'être une préoccupation majeure pour le gouvernement.

Les débats concernant le projet d'abolition de la surfacturation ont pris une tournure différente d'une province à l'autre.

Il existe d'énormes différences dans la façon dont les provinces et leurs médecins abordent la surfacturation. Il se dégage quatre grandes catégories d'arrangements dans les dix provinces et les deux territoires du Canada⁵.

5 The following arrangements existed during the fiscal year 1981-82. Changes have occurred since the passage of the Canada Health Act.

Ces arrangements étaient en vigueur pendant l'année fiscale 1981-1982. Certains changements sont survenus suite à l'adoption de la Loi canadienne sur la santé.

Table 1 shows the estimated dollar value of extra-billing for the years 1981 and 1982. The figures are estimates as several provincial plans do not require that their physicians report the amount of extra-billing to the plan.

Table 1

Estimated dollar value of
Extra-Billing (\$millions)⁶

	1981	1982
Nfld.	0.05	0.03
P.E.I.	0.10	0.05
N.B.	0.20	0.20
N.S.	3.10	3.40
Que.	Nil	Nil
Ont.	44.20	48.80
Man.	1.10	1.20
Sask.	2.20	2.30
Alta.	9.90	14.50
B.C.	Nil	Nil
N.W.T.	Nil	Nil
Yukon	Nil	Nil
	<u>60.85</u>	<u>70.48</u>

- (a) No extra-billing: In Québec, the provincial law prohibits extra-billing. In British Columbia, virtually no extra-billing occurs, although physicians are provided with an "opting-out" mechanism which would allow them to extra-bill if they so choose. "Opted-in" physicians may charge amounts additional to plan benefits in situations where the patient requires unusual time-consuming services over that which is anticipated by the Schedule of Costs (payment schedule). In British Columbia as in several other provinces, specialists attending non-referred patients may bill for the differential between the specialist's fee for the service and the general practitioner rate, but the total charge may not exceed the recognized provincial plan payment schedule. All Yukon and North West Territories' medical practitioners are "opted-in" to their plans, thus accepting territorial plan payment as payment in full for all insured services.

- (b) Practice Streaming: This refers to the situation where each physician must choose to "opt-in" and bill the provincial plan for all his patients, or to "opt-out" for all his patients (with some exceptions). In Ontario, extra-billing is restricted to physicians who have "opted-out" for all patients, with the exception that the plan can be billed by those physicians for certain specified classes of patients, and services rendered in institutions under certain conditions. In Manitoba, the arrangements are similar, except that "opted-out"

Le tableau 1 indique la valeur estimative en dollars de la surfacturation en 1981 et 1982. Les chiffres représentent des estimations, étant donné que plusieurs régimes provinciaux n'exigent pas de leurs médecins qu'ils fassent état du montant de la surfacturation au régime.

Tableau 1

Valeur estimative en dollars de la
surfacturation (millions de \$)⁶

	1981	1982
T.-N.	0,05	0,03
Î.-P.-É.	0,10	0,05
N.-B.	0,20	0,20
N.-É.	3,10	3,40
Qué.	Nil	Nil
Ont.	44,20	48,80
Man.	1,10	1,20
Sask.	2,20	2,30
Alb.	9,90	14,50
C.-B.	Nil	Nil
T.N.-O.	Nil	Nil
Yukon	Nil	Nil
	<u>60,85</u>	<u>70,48</u>

- a) Aucune surfacturation: Au Québec, la surfacturation est interdite par la loi. En Colombie-Britannique, elle n'existe pratiquement pas, bien que les médecins disposent d'un mécanisme de désengagement qui leur permettrait, s'ils le veulent, d'avoir recours à la surfacturation. Les médecins qui ont choisi d'adhérer au régime peuvent exiger des montants supplémentaires lorsqu'un patient requiert des soins beaucoup plus longs que d'habitude par rapport à ce qui est prévu dans le Tarif (barème des honoraires). En Colombie-Britannique, comme dans plusieurs autres provinces, les spécialistes qui prennent soin de patients qui ne leur ont pas été adressés peuvent établir une facture représentant la différence entre les honoraires versés au spécialiste et ceux que reçoit l'omnipraticien pour le même service, mais le montant total exigé ne doit pas dépasser le tarif reconnu qui figure dans le barème des honoraires du régime provincial. Dans le cas du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest, puisque les médecins qui y pratiquent adhèrent aux régimes de ces territoires, ils acceptent donc les honoraires que leur versent ces régimes en guise de paiement intégral pour l'ensemble des services assurés.

- b) Systématisation de la pratique : il s'agit de la situation dans laquelle chaque médecin doit choisir d'adhérer au régime provincial et facturer ce dernier pour tous ses patients, ou doit se désengager entièrement (sous réserve de quelques exceptions). En Ontario, la surfacturation est réservée aux médecins qui se sont désengagés à l'égard de tous leurs patients, sauf qu'ils peuvent facturer le régime pour certaines catégories données de patients et certains services fournis en établissements dans certaines conditions. Au

6 Health Information Division
Information Systems Directorate
Policy, Planning and Information Branch
Department of National Health and Welfare

6 Division d'information sur la santé
Direction des systèmes d'information
générale de la politique, de la
planification et de l'information
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social

physicians are more limited in respect of exceptions where the provincial plan may be billed. In Newfoundland, "opted-out" physicians must bill their patients directly for all insured services, without exceptions.

- (c) "Opting-Out" on a Case-by-Case Basis: In this case a physician is free to bill either the plan or the patient for some or all services provided. Both the plan and the patient cannot be billed for the same service. Extra-billing may occur only in respect of services billed to patients. In Saskatchewan, direct billing of the patient may involve extra-billing without advance notification, but the amount must be reported to the province. In New Brunswick, direct billing of the patient must be preceded by an "opting-out notification" and the amount made known to the provincial plan. A physician in P.E.I. who "opts-out" on a case-by-case basis must give prior notice, obtain agreement from the patient and notify the plan of the amount of extra-billing. However, a physician who "opts-out" for all his patients does not have to report the amount to the plan.
- (d) Billing Both Plan and Patient for Same Service: In this case, the physician may bill either the plan, the patient, or both for any service. In Alberta, there is no distinction between "opting-out" and "opting-in". However, a patient must agree in advance to extra-billing and the physician must inform the provincial plan of the amount of extra-billing. In Nova Scotia, "opted-out" physicians who bill the provincial plan must advise the patient in advance, have written agreement by the patient, and report the amount to the plan. A physician may "opt-out" for all his patients and bill them directly. Any amount of billing above tariff does not have to be reported.

Report of the Parliamentary Task Force on Federal-Provincial Fiscal Arrangements

As mentioned in the 1980-81 Medical Care Annual Report, the Medical Care Program came under the purview of the Parliamentary Task Force on Federal-Provincial Fiscal Arrangements.⁷ The Special Committee chaired by Mr. Herb Breau was established on February 5, 1981 and charged to:

⁷ Federal Fiscalism in Canada
Report of the Parliamentary Task Force on Federal-Provincial Arrangements, House of Commons, Canada, August 1981.
p.p. xi-xvii.

Manitoba, il existe des dispositions semblables, sauf que les médecins désengagés sont plus limités pour ce qui est des cas exceptionnels dans lesquels le régime provincial peut être facturé. Les médecins désengagés de Terre-Neuve doivent facturer leurs patients directement pour tous les services assurés, sans exception.

- c) Désengagement selon les cas : dans ce cas-ci, un médecin peut facturer soit le régime, soit le patient pour une partie ou l'ensemble des services fournis. Le régime et le patient ne peuvent être facturés pour le même service. La surfacturation ne peut s'appliquer qu'aux services facturés aux patients. En Saskatchewan, la facturation directe du patient peut comprendre une surfacturation sans avis préalable, mais le montant doit être déclaré à la province. Au Nouveau-Brunswick, avant de facturer directement des services à un patient, le médecin doit avertir ce dernier qu'il s'est "désengagé" et déclarer au régime provincial le montant exigé. À l'Île-du-Prince-Édouard, un médecin qui choisit de se désengager dans certains cas, doit au préalable avertir le patient, obtenir son consentement et aviser le régime du montant de la surfacturation. Toutefois, un médecin qui s'est désengagé entièrement n'a pas à signaler le montant au régime.
- d) Facturation à la fois du régime et du patient pour le même service : dans ce cas-ci, le médecin peut facturer soit le régime, soit le patient, soit les deux pour un service quelconque. L'Alberta ne fait pas de distinction entre le désengagement et l'engagement d'un médecin. Toutefois, un patient doit accepter d'avance la surfacturation, et le médecin doit informer le régime provincial du montant exigé. En Nouvelle-Écosse, les médecins désengagés qui facturent le régime provincial doivent en informer d'avance le patient et obtenir de lui un consentement écrit, puis déclarer le montant au régime. Un médecin peut se désengager à l'égard de tous ses patients et les facturer directement. Tout montant dépassant le tarif n'a pas à être déclaré.

Rapport du Groupe de travail parlementaire sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces

Tel que mentionné dans le rapport annuel sur les soins médicaux 1980-1981, le programme de soins médicaux relève du Groupe de travail parlementaire sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces⁷. Le Comité spécial fut constitué le 5 février 1981, sous la direction de Monsieur Herb Breau, et son mandat se lit comme suit :

⁷ Le fédéralisme fiscal au Canada
Rapport du Groupe de travail parlementaire sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, août 1981.
p. xi-xvii.

"examine the programs authorized by the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, focussing, in particular, on fiscal equalization, the tax collections agreements, the Canada Assistance Plan, and Established Programs Financing; and that this examination take place within the context of the government's expenditure plan as set out in the October 28, 1980 budget."

The report, entitled "Fiscal Federalism In Canada," was released in August 1981 after public hearings were held throughout the country. The Task Force was the first Committee ever formed which included public opinion and active parliamentary involvement in the process of negotiation, leading to renewed fiscal arrangements.

The Task Force reached numerous conclusions and made recommendations with regard to the health care system. The Committee:

- concluded that further transfers of revenue sources, or tax room, to provincial governments would not be appropriate;
 - concluded that in aggregate, and in present circumstances, federal government funding for health care services in Canada appears to be generally adequate;
 - recommended that the division of the EPF program transfer be allocated to the health and post-secondary components in the proportions established in 1977, and that funds earmarked for each program area not be useable for other purposes;
 - recommended that per capita entitlements for the proposed health package for 1982-83 be established as 67.9 per cent of the 1981-82 EPF program transfers plus the escalated (1981-82) value of the original \$20 transfer for Extended Health Care, plus the agreed portion of the fiscal transfer associated with termination of the revenue guarantee, the total to be escalated as in the existing arrangements by the EPF escalator from 1981-82 to 1982-83;
 - recommended that the present provisions of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing (EPF) Act, 1977, respecting the health system, be renewed essentially in their present form, with a requirement for three years' notice before termination or unilateral amendment, and with no notice possible before April 1, 1984;
 - recommended that after consultation with provincial governments, the Minister of National Health and Welfare undertake a consolidation of the existing legislation - the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, the Medical Care Act and the relevant sections of the Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act covering extended health care in order to establish clear program conditions supported by explicit criteria against which satisfaction of those program conditions can be monitored. The Task Force would expect provisions be included for some withholding of federal
- Que le Comité étudie les programmes autorisés par la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis en s'occupant en particulier de la péréquation, des accords de perception fiscale, du Régime d'assistance publique du Canada et du financement des programmes établis et que cette étude se fasse dans le contexte du plan des dépenses du gouvernement exposé dans le budget du 28 octobre 1980.
- Suite à des audiences publiques tenues à travers le pays, le rapport intitulé "Le fédéralisme fiscal au Canada" fut publié au mois d'août 1981. Pour la première fois dans l'histoire du Canada, le Groupe de travail fit appel à l'opinion publique et obtenu la participation active du Parlement.
- Plusieurs conclusions ont été tirées et certaines recommandations furent soumises en ce qui a trait au système de santé. Entre autres, le Groupe de travail :
- conclut que de nouveaux transferts de sources des recettes ou "d'espace fiscal" aux provinces ne constituent pas la réponse appropriée à cette question;
 - conclut que, dans l'ensemble et dans les conditions actuelles, le financement des services de santé par le gouvernement fédéral semble être généralement suffisant;
 - recommande que le transfert de FPE relatif aux programmes soit réparti entre les éléments santé et enseignement postsecondaire dans les proportions établies en 1977, et que les fonds "affectés" à chaque programme ne puissent être utilisés à d'autres fins;
 - recommande que les droits par tête, pour le financement proposé de la santé en 1982-1983, soient fixés à 67,9 p. 100 des transferts de programme du FPE de 1981-1982, plus la valeur relevée (1981-1982) du transfert primitif de 20 \$ au titre des services complémentaires de santé, plus la partie convenue du transfert fiscal correspondant à l'arrêt de la garantie de recettes, le tout devant être relevé, comme dans les accords actuels, en fonction du facteur de progression du FPE de 1981-1982 à 1982-1983;
 - recommande que les dispositions de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis concernant le système de santé soient renouvelées sous leur forme actuelle pour l'essentiel, avec obligation de préavis de trois ans pour toute résiliation ou modification unilatérale et impossibilité de donner ce préavis avant le 1^{er} avril 1984;
 - recommande que, après consultation des gouvernements provinciaux, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social entreprenne une refonte de la législation actuelle - Loi sur l'assurance - hospitalisation et les services diagnostiques, Loi sur les soins médicaux et dispositions de la Loi sur les accords fiscaux et le financement des programmes établis touchant les services complémentaires de santé - afin d'établir des conditions de programme claires s'appuyant sur des critères explicites qui permettent de contrôler le respect de ces conditions de programme. Le Groupe de travail

financial support to provincial plans that do not fully meet those conditions as interpreted in this report;

- concluded that retention of the present block-funding arrangements with stricter conditions, monitoring and enforcement mechanisms, would provide an effective mechanism to ensure compliance with national program conditions;
- concluded that hospital and medical care premiums constitute a regressive form of taxation and that their use for financing a service as basic as health care is regrettable;
- agreed that, for reasons of both principle and practicality, user charges should be discouraged;
- recommended that doctors who either bill a provincial medical plan directly, or whose patients are reimbursed by the plan, not be allowed to charge fees in excess of those permitted under the plan's approved fee schedule and concurred with the recommendations of the Honorable Emmett Hall that:

"The Medical Care Act should be revised to provide:

- 1) That extra-billing by physicians inhibits reasonable access to services and is contrary to the intent and purposes of the Act;
- 2) That the provinces should develop mechanisms to ensure reasonable compensation to physicians:

"when negotiations fail and an impasse occurs, the issues in dispute must be sent to binding arbitration, to an arbitration board consisting of three persons, with an independent chairperson to be named by the Chief Justice of the relevant province and one nominee from the profession and one from the government;"

- the Task Force recommended that, following federal-provincial negotiations, any plan that does not meet fully all the criteria outlined in Judge Hall's recommendations be ineligible for full federal financial support under EPF; and

- concluded that with respect to equalization payments, the principle of equalization should continue to be pursued through direct federal payments to provincial governments, and that these payments should be unconditional.

Selected Changes in Provincial Plans

Surveillance of legislative and regulatory changes in the various provincial plans continued. While there was concern expressed about the effects of extra-billing, premiums, and

s'attendrait à voir adopter des dispositions permettant de retenir une partie des transferts fédéraux aux régimes provinciaux qui ne satisfont pas entièrement aux conditions évoquées dans ce rapport;

- conclut que, pour mettre au point, un mécanisme efficace permettant de veiller au respect des normes nationales de programme, il convient de conserver la méthode actuelle de financement global en l'assortissant de conditions et de mécanismes de surveillance et d'application plus rigoureux;
- conclut que les primes d'assurance hospitalière et médicale constituent une forme régressive d'imposition et qu'il est regrettable qu'on y ait recours pour financer un service aussi essentiel que la santé publique;
- est d'avis que, pour des raisons à la fois de principe et d'ordre pratique, il convient de décourager la facturation des usagers des services hospitaliers;
- recommande que les médecins qui facturent directement un régime provincial d'assurance médicale ou dont les patients sont remboursés par ce régime ne soient pas autorisés à facturer des honoraires supérieurs au barème approuvé du régime et souscrit aux recommandations du juge Hall selon lesquelles:

"il conviendrait d'amender la Loi sur les soins médicaux pour stipuler:

- 1) que la surfacturation appliquée par les médecins empêche le public d'avoir un accès raisonnable aux services et qu'elle est contraire à l'intention et à l'objet de la Loi;
 - 2) que les provinces prévoient un mécanisme afin que les médecins soient raisonnablement rétribués;
- "que lorsque les négociations échouent et qu'elles aboutissent à une impasse, les points de litige doivent être soumis à des fins d'arbitrage obligatoire, à un conseil d'arbitrage composé de trois personnes : un président indépendant, nommé par le juge en chef de la province en cause et deux personnes désignées pour représenter respectivement la profession médicale et le gouvernement;"
- le Groupe de travail recommande que, après des négociations fédérales-provinciales, tout régime qui ne répond pas entièrement aux critères susmentionnés tirés des recommandations soumises par le juge Hall ne donne pas droit à une aide financière intégrale dans le cadre du FPE; et

- conclut que le principe de la péréquation devrait continuer d'être mis en pratique sous forme de paiements faits directement par le gouvernement fédéral aux provinces, et ce, sans condition.

Certains changements apportés aux régimes provinciaux

La surveillance des modifications apportées aux lois et aux règlements des différents régimes provinciaux s'est poursuivie. Malgré les inquiétudes exprimées au sujet de la surfactura-

problems of eligibility and portability, all provinces continued to adhere to the conditions of the Act. The Department of National Health and Welfare continued to follow up with the provinces concerning all allegations to the contrary which came to its attention.

Changes which occurred in provincial plans during the fiscal year include the following:

- Effective July 1, 1981, premiums for the Medical Services Plan of British Columbia were raised from \$8.50 to \$11.50 per month for a single person, from \$17.00 to \$23.00 for a couple and from \$21.25 to \$28.75 for families of three or more.
- In British Columbia, during the month of June 1981, some isolated extra-billing by "opted-in" practitioners occurred as the previous agreement between the province and its medical associations terminated and was not immediately succeeded by a new agreement. The province passed Bill 16 on June 26, 1981, which precludes extra-billing by "opted-in" physicians upon termination of an agreement.
- Effective July 1, 1981, premiums for the Alberta Health Care Insurance Plan were raised from \$8.65 to \$9.50 for single persons and from \$17.30 to \$19.00 for families.
- Effective July 1, 1981, Saskatchewan reorganized its long-term care program and shifted the responsibility for the program administration from the Department of Health to the Department of Social Services. Thus, long term care services ceased to be an insured benefit under the provincial health insurance plan and patients were required to pay a monthly charge which is standardized throughout the province.
- Effective July 1, 1981, Yukon implemented a Pharmacare program. The Plan covers prescription drugs for persons 65 years of age and over, and their spouses of 60 years of age and over.
- In Quebec, Bill 27, an Act to amend various legislation in the field of health and social services was passed on December 19, 1981. The amendments include measures aimed at encouraging more doctors to work in remote regions and allows the government greater flexibility in controlling overall health care costs.

The Appendix contains a tabular summary of provincial medical care and hospital insurance plans, as of January 1, 1982. It should be noted, however, that this information is subject to change. Detailed descriptions of each provincial medical care insurance plan may be obtained from the Director, Coordination and Communications, Health Insurance Directorate, Department of National Health and Welfare, Ottawa, Ontario, K1A 1B4.

tion, des primes et des problèmes d'admissibilité et de transférabilité, toutes les provinces ont continué à satisfaire aux exigences de la loi. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a poursuivi sa surveillance auprès des provinces lorsqu'il soupçonnait que ces exigences n'étaient pas respectées.

Les changements apportés aux régimes provinciaux au cours de l'année financière sont les suivants:

- Le 1er juillet 1981, la Colombie-Britannique a haussé les primes de son régime de services médicaux de 8,50 \$ à 11,50 \$ pour une personne seule, de 17 \$ à 23 \$ pour un couple et de 21,25 \$ à 28,75 \$ pour une famille de trois personnes ou plus.
- En Colombie-Britannique, l'accord entre la province et les associations médicales au sujet de la surfacturation par les médecins qui participent au régime provincial d'assurance-santé, se terminait en juin 1981. Durant le délai de renégociation d'une nouvelle entente, quelques cas isolés de surfacturation par des médecins participants sont venus. Par conséquent, le 26 juin 1981, la province adoptait le projet de loi 16, lequel prévient la surfacturation par les médecins participants lors de la terminaison d'une entente.
- Le 1er juillet 1981, l'Alberta a haussé les primes de son régime d'assurance-maladie de 8,65 \$ à 9,50 \$ pour une personne seule, et de 17,30 \$ à 19 \$ pour une famille.
- Le 1er juillet 1981, la Saskatchewan a réorganisé son programme de soins à long terme et a passé la responsabilité d'administrer ce programme du ministère de la Santé au ministère des Services sociaux. Ainsi, les services de soins à long terme ne sont plus couverts sous le régime provincial d'assurance-santé et les patients sont tenus de payer un montant mensuel qui est le même à travers la province.
- Le 1er juillet 1981, le Yukon a établi un programme de médicaments. Ce programme couvre le coût des ordonnances médicales pour les personnes âgées de 65 ans et plus, et pour leurs conjoints âgées de 60 ans et plus.
- Au Québec, le projet de loi 27, loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux, a reçu la sanction royale le 19 décembre 1981. Parmi les modifications apportées par cette loi, notons l'inclusion de mesures d'incitation afin d'amener les médecins à travailler dans les régions éloignées et une plus grande latitude accordée au gouvernement en ce qui a trait au contrôle des coûts des services de santé.

L'annexe comprend un tableau récapitulatif des régimes provinciaux de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation, au 1er janvier 1982. Il est à noter, toutefois, que ces renseignements sont variables. Il est possible d'obtenir une description détaillée de tous les régimes provinciaux de soins médicaux en s'adressant au directeur, Coordination et communications, Direction de l'assurance-santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa (Ontario) K1A 1B4.

Medical Care Program - Administration

The purpose of the Medical Care Act is to ensure that all residents of Canada have access to necessary care on a pre-paid basis by authorizing the federal government to provide financial assistance to the provinces. To do this effectively, the program has been organized on the basis of three interrelated activities:

- 1.** Administration of the Medical Care Act.
- 2.** Provision of advisory services to the provinces on various aspects of the provincial medical care insurance plans.
- 3.** Conducting studies, and providing technical and professional consultative services to the provinces and other appropriate bodies on the planning, delivery and utilization of medical services.

The Health Services and Promotion Branch is responsible for the administration of the Medical Care Act, the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, and the program for Extended Health Care Services. Other responsibilities of the Branch include conducting studies and providing advice on health care services and related matters, administration of the National Health Research and Development Program, the development of health standards and guidelines, and health promotion activities.

The Health Insurance Supplementary Fund, which is also administered by the Health Services and Promotion Branch, provides for the payment of claims for the insured services of the Medical Care and the Hospital Insurance and Diagnostic Services Acts for residents of Canada who have been unable to obtain coverage or have lost coverage through no fault of their own. No claims were paid during 1981-82. After replenishment of the Fund by the provinces and the government of Canada, the closing balance, as of March 31, 1982, was \$56,230.70.

Selected Activities

The Health Resources Directorate continued administering the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act and the Medical Care Act, and monitoring the provincial health insurance programs, while preparing for forthcoming negotiations with the provinces concerning a new Canada Health Act to replace these Statutes.

The Health Resources Fund Act, which provided financial support for the capital development of health manpower training and research facilities was terminated in 1980, with final payments being made in the 1981-82 fiscal year. Planning, monitoring and evaluation of activities were carried out in cooperation with provincial departments and professional associations to examine health manpower training, supply, requirements, distribution and utilization.

The federal-provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Services met twice during the year. The Committee consists of senior provincial health insurance plan officials, as well as representatives of the federal government.

Programme de soins médicaux - Administration

La Loi sur les soins médicaux a pour objet de garantir à tous les habitants du Canada l'accès aux soins médicaux nécessaires, à paiement anticipé et d'autoriser à cette fin le gouvernement fédéral à fournir aux provinces une aide financière. Pour garantir son efficacité, le programme a été élaboré de façon à couvrir trois domaines d'activités apparentées:

- 1.** l'application de la Loi sur les soins médicaux;
- 2.** la création de services consultatifs, destinés aux provinces, sur les divers aspects des régimes provinciaux de soins médicaux;
- 3.** la conduite d'études et la création de services consultatifs d'ordre technique et professionnel, destinés aux provinces et aux organismes intéressés, dans les domaines de la planification, de la distribution et de l'utilisation des services médicaux.

La Direction générale des services et de la promotion de la santé est chargée de surveiller l'application de la Loi sur les soins médicaux, de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, et du Programme des services complémentaires de santé. Elle entreprend des études, fournit des services de consultation dans le domaine des soins et services de santé et d'autres sujets connexes, gère le Programme national de recherche et de développement en matière de santé, et voit à la création de normes et de lignes de conduite dans le domaine de la santé et à l'organisation des activités de promotion de la santé.

La Caisse supplémentaire d'assurance-santé, gérée par la Direction générale des services et de la promotion de la santé, prévoit le paiement d'indemnités, pour les services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux et de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, aux habitants du Canada qui n'ont pu obtenir la protection ou qui ont perdu leur droit à celle-ci sans que ce soit de leur faute. Au cours de l'année 1981-1982, aucun versement n'a été effectué. Les provinces et le gouvernement du Canada ayant renfloué la Caisse, le solde au 31 mars 1982 était de 56 230,70 \$.

Activités d'intérêt

La Direction des ressources en santé a continué à appliquer la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques ainsi que la Loi sur les soins médicaux. Elle a également continué à contrôler les programmes provinciaux d'assurance-maladie, tout en préparant les prochaines négociations avec les provinces, relativement à la nouvelle Loi sur la santé au Canada qui doit remplacer ces différentes mesures législatives.

La Loi sur la Caisse d'aide à la santé qui prévoyait une aide financière à la constitution du fonds d'immobilisation des installations de recherche et de formation de la main-d'œuvre de la santé a été abrogée en 1980, et les derniers paiements ont été effectués au cours de l'exercice financier 1981-1982. Les activités de planification ainsi que de contrôle et d'évaluation ont été accomplies en collaboration avec les ministères provinciaux et les associations professionnelles aux fins d'examen de la formation, de la disponibilité, des besoins, de la répartition et de l'utilisation de la main-d'œuvre sanitaire.

Le Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement s'est réuni deux fois cette année. Le Comité est composé de dirigeants provinciaux des régimes d'assurance-santé ainsi que de représentants du gouvernement fédéral.

Items of particular interest discussed at these meetings include:

- the standard out-patient rates for insured services provided in other provinces;
 - reciprocal billing arrangements between provinces for hospital in-patient and out-patient services;
 - a proposal by the CHA to develop guidelines for hospital management information systems;
 - the Federal-Provincial Agreement on Eligibility and Portability;
 - budget allocation for the Canadian Red Cross Society's National Blood Program and the Canadian Standards Association Health Care Technology Program;
 - Health Insurance Coverage for dependents of NATO personnel residing in Canada;
 - the hospital per diem rate in each province;
 - physicians income study;
 - payment arrangements for out-of-province medical services;
 - the development of a computerized health facilities planning system;
 - staffing methodologies project for Canadian hospitals;
 - the development of guidelines on special services in hospitals.
- les tarifs des services assurés des consultations externes fournies dans d'autres provinces;
 - les accords entre les provinces concernant la facturation réciproque des services aux malades hospitalisés et des services de consultation externe;
 - une proposition de l'Association des hôpitaux du Canada concernant la formulation de directives pour des systèmes normalisés d'information de gestion dans les hôpitaux;
 - l'accord fédéral-provincial concernant l'admissibilité et la transférabilité de l'assurance-hospitalisation et l'assurance maladie;
 - l'affectation du budget du Programme national de transfusion sanguine de la Société canadienne de la Croix-Rouge et du Programme de technologie sanitaire de l'Association canadienne de normalisation;
 - la couverture des services assurés pour les personnes à charge du personnel de l'OTAN résidant au Canada;
 - le tarif journalier établi dans les hôpitaux de chaque province;
 - une étude sur le revenu des médecins;
 - les accords de paiement des services médicaux dispensés dans une autre province;
 - le développement d'un système informatisé de planification des établissements de santé;
 - le projet de procédures d'embauche du personnel pour les hôpitaux canadiens;
 - l'élaboration de directives concernant les services hospitaliers spéciaux.

Financial Experience

During the fiscal year 1981-82, federal payments made with respect to the Medical Care Program under section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977 to the provinces totalled \$907,692,000.

Payments by Canada to the provinces for the fiscal years 1977-78 to 1981-82 are detailed in Table 1. These represent payments under section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, and include compensation for the termination of the 1972 Revenue Guarantee Program. Table 2 details advance payments for these years, but excludes Revenue Guarantee Compensation payments. Table 3 deals with contributions by Canada to the provinces; these data also exclude the Revenue Guarantee Compensation payments. These consisted of a combination of tax room transfers to the provinces and cash, as explained under the "Description of Financing Arrangements" section of this report.

Parmi les questions soulevées pendant ces réunions, mentionnons :

- les tarifs des services assurés des consultations externes fournies dans d'autres provinces;
- les accords entre les provinces concernant la facturation réciproque des services aux malades hospitalisés et des services de consultation externe;
- une proposition de l'Association des hôpitaux du Canada concernant la formulation de directives pour des systèmes normalisés d'information de gestion dans les hôpitaux;
- l'accord fédéral-provincial concernant l'admissibilité et la transférabilité de l'assurance-hospitalisation et l'assurance maladie;
- l'affectation du budget du Programme national de transfusion sanguine de la Société canadienne de la Croix-Rouge et du Programme de technologie sanitaire de l'Association canadienne de normalisation;
- la couverture des services assurés pour les personnes à charge du personnel de l'OTAN résidant au Canada;
- le tarif journalier établi dans les hôpitaux de chaque province;
- une étude sur le revenu des médecins;
- les accords de paiement des services médicaux dispensés dans une autre province;
- le développement d'un système informatisé de planification des établissements de santé;
- le projet de procédures d'embauche du personnel pour les hôpitaux canadiens;
- l'élaboration de directives concernant les services hospitaliers spéciaux.

Rapport financier

Au cours de l'année financière 1981-1982, les versements fédéraux aux provinces, en vertu de l'article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, se sont chiffrés à environ 907 692 000 \$.

Les versements du Canada aux provinces pour les années financières de 1977-1978 à 1981-1982 sont indiqués au tableau 1. Ces chiffres représentent les versements faits en vertu de l'article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, et comprennent, le cas échéant, les indemnités versées en raison de la terminaison du Programme de revenus garantis de 1972. Le tableau 2 indique les versements anticipés pour ces années financières, mais ne comprend pas les indemnités relatives au Programme de revenus garantis. Le tableau 3 porte sur les contributions du Canada aux provinces mais ces données ne comprennent pas les indemnités du Programme de revenus garantis. Ces contributions sont faites sous forme de transferts de champs d'imposition aux provinces et de versements en espèces, comme l'explique la rubrique "Description des accords de financement" du présent rapport.

Table 1
Medical Care Program
Payments by Canada to Provinces in Fiscal
Years 1977-78 to 1981-82

Tableau 1
Programme de soins médicaux
Versements du Canada aux provinces pour les années financières
1977-1978 à 1981-1982

	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81	1981-82
Newfoundland/Terre-Neuve	\$ 15,241,534	\$ 19,052,000	\$ 22,560,000	\$ 24,401,000	\$ 25,626,000
Prince Edward Island/Île-du-Prince-Édouard	2,964,271	3,117,000	4,909,000	5,194,000	5,437,000
Nova Scotia/Nouvelle-Écosse	23,114,381	28,665,000	33,409,000	36,324,000	37,489,000
New Brunswick/Nouveau-Brunswick	18,036,037	23,100,000	28,005,000	29,738,000	31,082,000
Québec/Québec(1)	140,026,476	166,626,000	175,114,000	170,823,000	178,692,000
Ontario	229,277,889	276,887,000	315,750,000	337,230,000	359,385,000
Manitoba	29,670,643	35,149,000	41,357,000	44,661,000	45,075,000
Saskatchewan	25,588,448	31,867,000	38,379,000	40,954,000	42,398,000
Alberta	52,440,241	56,494,000	63,028,000	69,562,000	81,542,000
British Columbia/Colombie-Britannique	59,144,465	73,635,000	92,223,000	98,230,000	97,910,000
Yukon Territory/Territoire du Yukon	57,229	576,000	688,000	741,000	846,000
Northwest Territories/Territoires du Nord-Ouest	1,361,693	1,576,000	1,613,000	1,749,000	1,710,000
Canada	\$598,352,307	\$717,544,000	\$817,035,000	\$859,607,000	\$907,692,000

Consisting of:/Comprisent:

- a) Advance payments on estimated contributions for the current fiscal year;/les versements anticipés sur les contributions pour l'année financière en cours(2);
- b) Adjustment payments with respect to the previous fiscal years/les paiements de redressement pour les années financières précédentes

\$574,462,000	\$707,145,000	\$814,520,000	\$892,034,000	\$943,995,000
23,890,307(3)	10,399,000(2)	2,515,000(2)	(32,427,000)(2)	\$4(36,303,000)(2)
Total Payments/Sommes globales	\$598,352,307	\$717,544,000	\$817,035,000	\$859,607,000

(1) The cash payment to Quebec is lower on a per capita basis compared with other provinces. The reason for this is that under section 7 of the EPF Act, 1977, Quebec receives a special abatement of 8.5 personal income tax points on a fiscal year basis for Hospital Insurance, Medical Care and Post-Secondary Education. The value of these points is (1) subtracted from the cash transfer to Quebec before the residual is allocated among the three established programs and (2) added to the tax transfer for the purpose of determining the sum of the cash and tax transfer.
Le paiement en espèces par habitant est moins élevé au Québec que dans les autres provinces. Si en est ainsi, c'est qu'en vertu de l'article 7 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, la province de Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points fiscaux sur le revenu des particuliers et calculé selon l'année du transfert en espèces accordé à la province de Québec avant que le solde soit réparti entre les trois programmes soustraite ajoutée au transfert d'imposte dans le but d'établir la somme du transfert en espèces et du transfert d'imposte.

(2) Represents payments under section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, which are deemed to be payments within the meaning of the Medical Care Act.
Comprend les paiements versés en vertu de l'article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis et considérés comme des paiements aux termes de la loi sur les soins médicaux.

(3) Comprend les derniers paiements versés en vertu de l'article 6 de la Loi sur les soins médicaux, 1966-1967.

Table 2
Medical Care Program
Advance Payments by Canada to Provinces
in Fiscal Years 1977-78 to 1981-82
Excluding compensation for the termination of the 1972
Revenue Guarantee Program

Tableau 2
Programme de soins médicaux
Versements anticipés du Canada aux provinces pour les années
financières 1977-1978 à 1981-1982
Excluant la compensation pour la terminaison du Programme de revenu
garanti de 1972

	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81	1981-82
Newfoundland/Terre-Neuve	\$ 13,732,000	\$ 16,832,000	\$ 19,752,000	\$ 21,198,000	\$ 24,772,000
Prince Edward Island/Île-du-Prince-Édouard	2,715,000	3,495,000	4,277,000	4,609,000	5,257,000
Nova Scotia/Nouvelle-Écosse	21,839,000	25,742,000	29,547,000	31,694,000	36,244,000
New Brunswick/Nouveau-Brunswick	16,870,000	20,642,000	24,299,000	26,106,000	30,049,000
Québec/ Québec(1)	122,355,000	131,901,000	145,647,000	156,991,000	171,395,000
Ontario	209,930,000	246,639,000	280,527,000	303,416,000	344,839,000
Manitoba	28,165,000	32,311,000	36,122,000	38,458,000	43,598,000
Saskatchewan	24,007,000	28,706,000	33,417,000	36,040,000	41,431,000
Alberta	42,461,000	50,873,000	61,225,000	69,771,000	77,690,000
British Columbia/Columbia-Britannique	53,633,000	66,050,000	78,289,000	85,543,000	98,154,000
Yukon Territory/Territoire du Yukon	460,000	556,000	662,000	727,000	787,000
Northwest Territories/Territoires du Nord-Ouest	1,171,000	1,320,000	1,514,000	1,562,000	1,745,000
Canada	\$537,333,000	\$625,067,000	\$715,288,000	\$771,115,000	\$875,961,000

Consisting of:/Comportant:

a) Advance payments on estimated contributions for the current fiscal year; /les versements anticipés sur les contributions pour l'année financière en cours(2);

b) Adjustment payments with respect to the previous fiscal years/les paiements de redressement pour les années financières précédentes (4);

\$537,333,000	\$625,067,000	\$715,288,000	\$771,115,000	\$875,961,000
Total Payments/Sommes globales				

\$551,223,307

\$635,466,000

\$717,803,000

\$738,688,000

\$839,658,000

(1) The cash payment to Quebec is lower on a per capita basis compared with other provinces. The reason for this is that under section 7 of the EPF Act, 1977, Quebec receives a special abatement of 8.5 personal income tax points on a fiscal basis for Hospital Insurance, Medical Care and Post-Secondary Education. The value of these points is (1) subtracted from the cash transfer to Quebec before the residual is allocated among the three established programs and (2) added to the tax transfer for the purpose of determining the sum of the cash and tax transfer.

Le paiement en espèces par habitant est moins élevé au Québec que dans les autres provinces. Si tel est ainsi, c'est qu'en vertu de l'article 7 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, la province de Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points fiscaux sur le revenu des particuliers et calcule selon l'année financière pour l'assurance-hôpitalisation, les soins médicaux et les études postsecondaires. La valeur de ces points est (1) soustraite du transfert en espèces accordé à la province du Québec ayant que le solde soit réparti entre les trois programmes établis, et (2) ajoutée au transfert d'impôts dans le but d'établir la somme du transfert en espèces et du transfert d'impôts.

(2) Represents payments under section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, which are deemed to be payments within the meaning of the Medical Care Act. Please consult text under description of financing arrangements for explanation.

Comprend les derniers paiements versés en vertu de l'article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, et considérés comme des paiements aux termes de la Loi sur les soins médicaux. Pour les explications, veuillez vérifier le texte sous la description des arrangements financiers.

(3) Represents final payments under section 6 of the Medical Care Act, 1966-1967.

(4) Comprend les derniers paiements versés en vertu de l'article 6 de la Loi sur les soins médicaux, 1966-1967.

À cause de la façon dont le ministère des Finances fait rapport sur les paiements, il n'a pas été possible de séparer la portion des paiements de redressement concernant le Revenu garanti. Donc, les données dans cette colonne sont identiques à celles du Tableau I.

Table 3
Medical Care Program
Contributions by Canada to Provinces
in Fiscal Years 1977-1978 to 1981-1982⁽¹⁾

	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81	1981-82
Newfoundland/Terre-Neuve	\$ 24,453,000	\$ 28,953,000	\$ 33,281,000	\$ 37,042,000	\$ 41,295,000
Prince Edward Island/Île-du-Prince-Édouard	5,000,000	6,094,000	7,206,000	8,042,000	8,912,000
Nova Scotia/Nouvelle-Écosse	37,713,000	43,672,000	49,786,000	55,347,000	61,646,000
New Brunswick/Nouveau-Brunswick	29,932,000	35,448,000	40,943,000	45,543,000	50,659,000
Quebec/Québec	302,404,000	335,523,000	375,206,000	418,236,000	468,355,000
Ontario	387,248,000	443,934,000	502,721,000	561,243,000	627,421,000
Manitoba	47,729,000	54,335,000	60,864,000	67,123,000	74,653,000
Saskatchewan	41,820,000	48,948,000	56,307,000	62,832,000	70,439,000
Alberta	89,092,000	105,780,000	128,352,000	154,095,000	182,478,000
British Columbia/Columbia-Britannique	109,201,000	129,447,000	153,077,000	177,050,000	200,308,000
Yukon Territory/Territoire du Yukon	1,043,000	1,229,000	1,429,000	1,617,000	1,831,000
Northwest Territories/Territoires du Nord-Ouest	2,025,000	2,302,000	2,654,000	2,928,000	3,327,000
Canada	\$1,077,660,000	\$1,235,667,000	\$1,411,826,000	\$1,591,098,000	\$1,791,322,000

(1) These contributions data exclude compensation for the termination of the 1972 Revenue Guarantee Program, but include cash contributions and tax transfers.

Ces données sur les contributions excluent la compensation pour la terminaison du Programme de revenus garantis de 1972, mais incluent les contributions comptantes et les transferts d'impôts.

Analysis of Cost Changes⁸

The analysis in this section covers the fiscal years 1974-75 to 1981-82.⁹

Unadjusted aggregate and per capita program costs,¹⁰ as reported by the ten provinces, increased from \$1,459.2 million, or \$64.91 per capita in 1974-75 to \$3,648.5 million, or \$148.26 per capita in 1981-82. For the fiscal years to 1976-77 inclusive the program costs reported by the provinces were the basis for calculating the federal contributions under the Medical Care Act (Canada). Under the financing arrangements in effect since then, the federal contributions are no longer based upon reported program costs. Although provinces continue to report in the autumn of each year on their program costs for the preceding fiscal year, recent data for some of the provinces are subject to the distorting effects of various administrative and organizational changes.

The dollar figures and percentage changes shown in Table 1 are based upon program costs that were adjusted to improve their year-to-year comparability. The adjustments consist of an increase in the 1974-75 program costs for Ontario and the four western provinces to offset a temporary transfer of the costs of certain laboratory and radiology services from the provincial medical care insurance programs to the hospital insurance programs, and adjustments of program costs in certain provinces where the figures reported for recent years are no longer fully comparable with those for earlier years. The counts of insured persons, used to calculate per capita rates, were adjusted in the light of the most recent Statistics Canada estimates of the net population.¹¹

Analyse des variations dans les coûts⁸

Dans cette partie, l'analyse se rapporte aux années financières 1974-1975 à 1981-1982.⁹

Les coûts globaux non ajustés et par habitant¹⁰ déclarés par les dix provinces sont passés de 1459,2 millions de dollars, ou 64,91 \$ par habitant, en 1974-1975, à 3,648,5 \$ millions, ou 148,26 \$ par habitant en 1981-1982. Jusqu'en 1976-1977 inclusivement, les coûts déclarés par les provinces ont servi de base pour calculer le montant des contributions fédérales en vertu de la Loi sur les soins médicaux (Canada). Toutefois, par suite des accords fiscaux en vigueur depuis lors, les contributions fédérales ne sont plus établies en fonction des coûts déclarés. Bien que, chaque automne, les provinces fassent connaître leurs coûts pour l'année financière précédente, les données récentes de certaines provinces subissaient un certain effet de distorsion en raison de changements d'ordre administratif ou structurel.

Les montants en dollars et les variations en pourcentage qui figurent au tableau I sont fondés sur des coûts qui ont été rajustés pour faciliter la comparaison d'une année à l'autre. Pour procéder à ces rajustements, on a augmenté les coûts pour l'Ontario et les quatre provinces de l'ouest pour 1974-1975, de façon à compenser le transfert provisoire des coûts de certains services de laboratoire et de radiologie du régime provincial de soins médicaux au régime d'assurance-hospitalisation et l'on a rajusté les coûts dans certaines provinces où les chiffres déclarés pour les dernières années ne sont plus entièrement comparables à ceux des années antérieures. Le total des personnes assurées, utilisé pour calculer le taux par habitant, a été rajusté en fonction des estimations les plus récentes de Statistique Canada de la population nette¹¹.

8 Excludes Yukon and Northwest Territories.

9 Years ending March 31.

10 Program costs are not the costs of the program to the federal government, but consist of the sum of provincial expenditures for services insured under the terms of the Medical Care Act (Canada); they exclude costs of administration.

11 The net population consists of the total population, minus members of the armed forces and the R.C.M.P., and minus inmates of federal penitentiaries. In 1981-82 the number of excluded persons was about 105,400 or 0.43 per cent of the total population.

8 Le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest exclus.

9 Années finissant le 31 mars.

10 Les coûts ne représentent pas ce que les programmes coûtent au gouvernement fédéral, mais plutôt la somme des dépenses encourues par les provinces pour les services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux (Canada), à l'exclusion des frais d'administration.

11 La population nette est la population totale à l'exclusion des membres des Forces armées, de la GRC et des détenus dans les pénitenciers fédéraux. En 1981-1982, le nombre de personnes exclues s'élevait à 105 400 ou 0,43 p. 100 de la population totale.

Table 1/Tableau 1
 Adjusted Aggregate and Per Capita Program Costs, and Average Annual Rates of Change¹²
 Coûts globaux et par habitant ajustés et taux annuels moyens de variation¹²

	<u>1974-75</u>	<u>1980-81</u>	<u>1981-82</u>
Aggregate Program Costs (\$ Millions) Coûts globaux (millions \$)	1,586.0	3,215.7	3,659.7
Per Cent Change Per Year (%) Pourcentage de variation par année (%)	12.5	13.8	
Per Capita Program Costs (\$) Coûts par habitant (\$)	71.03	134.10	150.82
Per Cent Change Per Year (%) Pourcentage de variation par année (%)	11.2	12.5	

Over the entire period from 1974-75 to 1981-82, adjusted aggregate program costs increased by 130.8 per cent, or 12.7 per cent per year. In per capita terms the increases were 112.3 per cent overall, and 11.4 per cent per year.

Total Medical Care Program costs consist of fee payments to physicians, non-fee payments to physicians, and the costs of certain dental services performed in hospitals. In the years 1974-75 to 1981-82, non-fee payments to physicians and the costs of insured dental services, taken together, accounted for 5.9 per cent to 6.4 per cent of total program costs.

Table 2 refers only to fee payments to physicians. The further details provided in the following paragraphs and tables are confined to such payments.

Pendant toute la période allant de 1974-1975 à 1981-1982, les coûts globaux (ajustés) ont augmenté de 130,8 p. 100, soit 12,7 p. 100 par année. Pour ce qui est de l'augmentation des coûts par habitant, elle a été de 112,3 p. 100 globalement, soit 11,4 p. 100 par année.

Le coût total du Programme de soins médicaux comprend les paiements aux médecins rémunérés à l'acte, les paiements aux médecins non rémunérés à l'acte et les frais de certains services dentaires offerts dans les hôpitaux. Pour la période de 1974-1975 à 1981-1982, la somme des paiements aux médecins non rémunérés à l'acte et des frais des services dentaires représentait de 5,9 à 6,4 p. 100 des coûts globaux.

Le tableau 2 ne porte que sur les paiements aux médecins rémunérés à l'acte. Toutes les autres données fournies dans les paragraphes et tableaux suivants ne se rapportent qu'à ces paiements.

12 Average annual rates of change are calculated by means of the compound interest method.

12 Les taux annuels moyens de variation ont été établis au moyen de la méthode des intérêts composés.

Table 2/Tableau 2
 Adjusted Aggregate and Per Capita Fee Payments to Physicians, and Average Annual Rates of Change¹³
 Montants rajustés des versements aux médecins rémunérés à l'acte (globaux et par habitant) et taux annuels
 moyens de variation¹³

	<u>1974-75</u>	<u>1980-81</u>	<u>1981-82</u>
Aggregate Fee Payments (\$ Million) Ensemble des paiements à l'acte (millions \$)	1,492.5	3,009.2	3,424.0
Per Cent Change Per Year (%) Pourcentage de variation par année (%)	12.4	13.8	
Per Capita Fee Payments (\$) Paiements à l'acte par habitant (\$)	66.84	125.49	141.10
Per Cent Change Per Year (%) Pourcentage de variation annuelle (%)	11.1	12.4	

Table 2 contains information, for selected periods, about some of the factors that tend to contribute to changes in fee-for-service program costs. Such factors as population, the number of physicians and price are measured directly. Other factors, e.g. per capita fee payments and utilization, are derived from the measured ones. The data on changes in program costs are supplemented by information on changes in the Gross National Product (GNP) and in the Consumer Price Index (CPI).

Le tableau 2 contient des données, pour des périodes choisies, au sujet de certains des facteurs qui peuvent entraîner des changements dans les coûts des programmes de rémunération à l'acte. Des facteurs comme la population, le nombre de médecins et les prix sont mesurés directement. D'autres facteurs, par exemple les paiements à l'acte par habitant ainsi que l'utilisation sont calculés à partir des facteurs mesurés. Les données relatives aux variations dans les coûts des programmes sont complétées par des données sur les variations du produit national brut (PNB) et de l'indice des prix à la consommation (IPC).

13 Average annual rates of change are calculated by means of the compound interest method.

13 Les taux annuels moyens de variation ont été établis au moyen de la méthode des intérêts composés.

Table 3/Tableau 3
 Average Annual Rates of Change of Selected Factors Contributing to Changes in Fee Payments
 Taux annuels de variation de certains facteurs contribuant aux variations des paiements versés aux médecins rémunérés à l'acte

	Per Cent Change Per Year Variation annuelle en pourcentage		
	1974-75 to/à 1980-81	1980-81 to/à 1981-82	1974-75 to/à 1981-82
Aggregate Fee Payments to Physicians Ensemble des paiements à l'acte aux médecins	12.4	13.8	12.6
Insured Population Population assurée	1.2	1.2	1.2
Per Capita Fee Payments Paiements à l'acte par habitant	11.1	12.4	11.3
Number of Physicians Nombre de médecins	3.1	2.8	3.1
Fee Payments per Physician Paiements à l'acte par médecin	9.0	10.7	9.2
Per Capita Number of Physicians Nombre de médecins par habitant	1.9	1.6	1.9
Price/Prix	7.4	10.9	7.9
Utilization/Utilisation	4.6	2.6	4.3
Per Capita Utilization Utilisation par habitant	3.4	1.4	3.1
Utilization per Physician Utilisation par médecin	1.4	- .2	1.2
Gross National Product ¹⁴ Produit national brut ¹⁴	12.4	14.2	12.7
Consumer Price Index ¹⁴ Indice des prix à la consommation ¹⁴	9.1	12.5	9.6

The physician supply factor shows changes in the number of full-time equivalent physicians.¹⁵ The price factor measures changes in the fee-for-service payment schedules of provincial medical care insurance plans. It does not measure changes in the average cost of services which may result from changes in patterns of practice or in the billing habits of physicians. The utilization factor is a residual -- it is obtained by removing the effects of price changes from increases in fee payments -- and is not measured independently, i.e. it is not determined by counting changes in the number of services provided by physicians. It may not only reflect changes in the volume of services, but also include the price-effect of changes in patterns of practice and billing habits of physicians. Per capita utilization, i.e. the estimated volume of fee services per insured person, is believed to grow or decline as a result of changes such as: age-sex and urban-rural distribution of the insured population; people's expectations, technological change; and changes in the per capita supply of physicians.

Le facteur "effectif de médecins" montre les changements sur le plan du nombre de médecins équivalents plein temps¹⁵. Le facteur "prix" mesure les changements dans les barèmes de rémunération à l'acte des régimes provinciaux d'assurance-maladie, mais non les variations dans le coût moyen des services qui peuvent être imputables aux changements de mode d'exercice ou de facturation des médecins. Le facteur "utilisation" est un résidu et n'est pas mesuré de manière indépendante, c'est-à-dire qu'on ne l'obtient pas en comptant les changements dans le nombre de services fournis par les médecins. En conséquence, ce facteur rend peut-être non seulement compte du changement dans le volume des services, mais encore des répercussions que peuvent avoir les changements dans le mode d'exercice ou de facturation des médecins sur les prix des services. L'utilisation par habitant, c'est-à-dire le volume estimatif, par personne assurée, des services fournis par les médecins rémunérés à l'acte peut s'accroître ou diminuer par suite de changements dans la répartition selon l'âge et le sexe, la distribution urbaine-rurale de la population assurée, les attentes de la population, les progrès technologiques et les changements dans l'effectif de médecins par habitant.

14 The percentages shown for GNP and CPI are based upon calendar year figures, i.e. they reflect changes from 1974 to 1980, etc.

14 Les pourcentages indiqués pour le PNB et l'IPC ont été calculés à partir des chiffres des années civiles, c'est-à-dire qu'ils reflètent les changements survenus entre 1974 et 1980, etc.

15 The number of full-time equivalent physicians is not an actual count, but is a derived figure that takes into account the costs of services performed by physicians in full-time and part-time fee practice.

15 Le nombre de médecins équivalents plein temps ne constitue pas un chiffre réel; il s'agit d'un chiffre calculé qui tient compte du coût des services rendus par des médecins exerçant à plein temps ou à temps partiel.

As shown in Table 3, price increases from 1980-81 to 1981-82 were larger than those during the initial six-year period from 1974-75 to 1980-81. The impact of the relatively large price increases from 1980-81 to 1981-82 on aggregate and per capita fee payments and on fee payments per physician was moderated by below-average increases in utilization. Over the entire period from 1974-75 to 1981-82, aggregate fee payments grew at approximately the same rate as the GNP, while increases in fee payments per physician were slightly smaller than changes in the CPI.

In Table 4, the data from Table 3 are expressed in dollar terms and in corresponding percentage distributions. In attributing dollar effects to changes in the insured population and to changes in physician supply, it is assumed that each additional insured person or physician tends to generate the same fee payments per person or per physician as were generated on the average by those already insured or practising in the base period.

Available data suggest that the relatively low increases in utilization from 1980-81 to 1981-82 were a temporary phenomenon, and were followed by above-average increases in the next year. Price and cost changes in Quebec were well below the Canadian average, in the last year as well as during the entire period from 1974-75 to 1981-82. Average annual per cent changes in nine provinces, excluding Quebec, were as follows:

Comme l'indique le tableau 3, l'augmentation des prix entre 1980-1981 et 1981-1982 a été plus forte que celle qu'on avait connue entre 1974-1975 et 1980-1981. Les répercussions de l'augmentation relativement importante des prix entre 1980-1981 et 1981-1982 sur les paiements globaux et par habitant ainsi que sur les paiements à l'acte par médecin ont été modérées par des augmentations inférieures à la moyenne dans l'utilisation. Au cours de toute la période allant de 1974-1975 à 1981-1982, l'ensemble des paiements à l'acte a augmenté à peu près au même rythme que le PNB, tandis que les augmentations dans les paiements à l'acte par médecin ont été légèrement inférieures aux variations de l'IPC.

Dans le tableau 4, les données présentées au tableau 3 sont exprimées en termes monétaires, et l'on a également ajouté les pourcentages correspondants. En attribuant des effets monétaires aux changements dans la population assurée et aux changements dans l'effectif des médecins, on suppose que chaque personne assurée additionnelle ou chaque médecin additionnel entraîne des paiements par personne ou par médecin équivalents à ceux qui sont occasionnés en moyenne par les personnes qui étaient déjà assurées ou les médecins qui exerçaient déjà au cours de la période de base.

Les données disponibles nous portent à croire que les augmentations relativement faibles de l'utilisation entre 1980-1981 et 1981-1982 étaient un phénomène temporaire et ont été suivies d'augmentations supérieures à la moyenne l'année suivante. Au Québec, les variations de prix et de coûts étaient bien inférieures à la moyenne canadienne au cours de la dernière année ainsi que pendant toute la période de 1974-1975 à 1981-1982. Voici comment s'établissaient les variations annuelles moyennes en pourcentage dans neuf provinces, à l'exclusion du Québec :

Price/Prix
Aggregate Fee Payments per Physician
Ensemble des paiements à l'acte par médecin
Fee Payments per Physician
Paiements à l'acte par médecin

<u>1980-81 to/à</u>	<u>1974-75 to/à</u>
<u>1981-1982</u>	<u>1981-1982</u>
14.0	8.9
18.2	13.7
14.9	10.5

Table 4/Tableau 4
Extent to which Selected Factors Contributed to Increases
in Aggregate Fee Payments to Physicians
Contribution de certains facteurs choisis à l'accroissement des versements
totaux aux médecins rémunérés à l'acte

	Annual Average Moyenne annuelle					
	1974-75 to/à <u>1980-1981</u>		1980-81 to/à <u>1981-1982</u>		1974-75 to/à <u>1981-1982</u>	
	(\$Million)	(%)	(\$Million)	(%)	(\$Million)	(%)
Increases in Aggregate Fee Payments to Physicians Augmentation de l'ensemble des Paiements à l'acte aux médecins	252.8	100.0	414.8	100.0	275.9	100.0
Attributable to Changes in: Attribuable aux changements dans les facteurs suivants :						
Insured Population						
Population assurée	25.4	10.0	37.0	8.9	27.2	9.9
Per Capita Fee Payments						
Paiements à l'acte par Habitant	227.4	90.0	377.8	91.1	248.8	90.1
Number of Physicians						
Nombre de médecins	67.1	26.5	89.7	21.6	71.2	25.8
Fee Payments per Physician						
Paiements à l'acte par médecin	185.7	73.5	325.1	78.4	204.7	74.2
Per Capita Number of Physicians						
Nombre de médecins par habitant	41.7	16.5	52.7	12.7	44.0	15.9
Price/Prix						
Utilization/Utilisation	154.7	61.2	331.9	80.7	176.8	64.1
Per Capita Utilization	98.1	38.8	82.9	19.3	98.1	35.9
Utilisation par habitant						
Utilisation per Physician	72.7	28.8	45.9	10.3	71.9	26.1
Utilisation par médecin	31.0	12.3	- 6.8	- 2.4	27.9	10.1

During the seven-year period from 1974-75 to 1981-82 aggregate fee payments to physicians rose by \$1,931.5 million or \$275.9 million per year. Of the total increase of \$1,931.5 million, 9.9 per cent, or \$190.3 million, was accounted for by population growth, and a further 64.1 per cent, or \$1,237.9 million, was the result of price changes. The remaining 26.1 per cent, or 503.3 million, was the result of changes in the utilization per insured person. As mentioned before, the utilization factor may not consist entirely of volume changes, but may include the price effects of changes in the patterns of practice and in billing habits of physicians.

Increases in the utilization per insured person are believed to be strongly influenced by increases in the per capita supply of physicians. Assuming a direct relationship between the two just-mentioned ratios, i.e. per capita utilization and the per capita supply of physicians, the data in Table 4 show that changes in the per capita supply of physicians accounted for 15.9 per cent, or \$308.0 million, of the total increase in fee payments from 1974-75 to 1981-82 while changes in the utilization per physician accounted for 10.1 per cent, or 195.3 million.

Alternatively, the data in Table 4 suggest that changes in the total number of physicians accounted for 25.8 per cent, or \$498.3 million, of the increase in fee payments to physicians, and that changes in fee payments per physician accounted for the remaining 74.2 per cent, or about \$1,433.2 million.

It was stated earlier that changes in the age-sex composition of the insured population may be one of the factors which influence changes in the utilization per person. Statistics Canada estimates of the age-sex distribution of the Canadian population (assumed to be representative of changes in the age-sex distribution of the insured population of the 10 provincial medical care insurance plans) showed considerable changes from 1974 to 1981. There was a decline in the proportion of people aged "under 20" and "40 to 54" from 37.3 per cent to 32.0 per cent and from 16.5 per cent to 15.8 per cent, respectively. The share of the age group 20 to 39 increased from 29.5 per cent to 33.6 per cent, and the proportion of people aged 55 and over rose from 16.6 per cent to 18.6 per cent. For all age groups combined, there was also a small increase in the proportion of females (the per capita costs of females tend to be about 40 per cent higher than those of males).

From data on the per capita costs, by 5-year age group and sex, of the beneficiaries of four provincial medical care insurance plans (Quebec, Ontario, Saskatchewan, Alberta), it is estimated that the changes in the age-sex composition of the population may have been responsible for an increase of about 3.8 per cent in per capita fee payments to physicians from 1974-75 to 1981-82, or a little over .5 per cent per year. In terms of the figures shown in Table 4, this suggests that changes in the age-sex distribution of the insured population raised fee payments by about \$85.9 million, or 4.4 per cent of the total increase of \$1,931.5 million, from 1974-75 to 1981-82.

Au cours des sept années qui se sont écoulées entre 1974-1975 et 1981-1982, l'ensemble des paiements à l'acte aux médecins a augmenté de 1931,5 millions de dollars ou 275,9 millions de dollars par année. De cette augmentation totale de 1931,5 millions de dollars, 9,9 p. 100 ou 190,3 millions de dollars sont attribuables à l'augmentation de la population tandis que 64,1 p. 100 ou 1237,9 millions de dollars étaient imputables aux changements de prix. Le reste, soit 26,1 p. 100 ou 503,3 millions de dollars résultait de changements dans l'utilisation par personne assurée. Comme nous l'avons mentionné, ce dernier chiffre ne représente pas seulement des changements dans le volume, mais peut aussi comprendre l'effet de changements dans les modes d'exercice et de facturation des médecins.

On croit que l'augmentation de l'utilisation par personne assurée est fortement influencée par l'augmentation du nombre de médecins par habitant. Si l'on suppose qu'il existe une relation directe entre ces deux facteurs, c'est-à-dire l'utilisation par habitant et le nombre de médecins par habitant, les données présentées dans le tableau 4 indiquent que les changements dans le nombre de médecins par habitant représentent 15,9 p. 100, ou 308 millions de dollars de l'augmentation totale des paiements à l'acte entre 1974-1975 et 1981-1982 alors que les changements dans l'utilisation par médecin représentent 10,1 p. 100 ou 195,3 millions de dollars.

D'autre part, les données du tableau 4 indiquent que les changements dans le nombre total de médecins représentent 25,8 p. 100, ou 498,3 millions de dollars de l'augmentation des paiements versés aux médecins rémunérés à l'acte et que les changements sur le plan des paiements à l'acte par médecin sont responsables des 74,2 p. 100 restants, soit environ 1433,2 millions de dollars.

Il a été mentionné plus tôt que le changement dans la composition par âge et par sexe de la population assurée peut être l'un des facteurs qui explique les changements dans l'utilisation par personne. Selon les estimations de Statistique Canada, la distribution de la population canadienne (considérée comme représentative des changements intervenus dans la distribution selon l'âge et le sexe de la population assurée par les régimes provinciaux d'assurance-maladie) a accusé des changements considérables entre 1974 et 1981. On notait en effet une baisse de la proportion de la population âgée de moins de 20 ans ainsi que de 40 à 54 ans, cette diminution étant de 37,3 à 32 p. 100 et de 16,5 à 15,8 p. 100 respectivement. La proportion de la population âgée de 20 à 39 ans est passée de 29,5 à 33,6 p. 100 et celle des personnes âgées de 55 ans et plus a augmenté de 16,6 à 18,6 p. 100. Pour tous les groupes d'âge combinés, on a aussi remarqué une légère hausse de la proportion des femmes (le coût par habitant de sexe féminin est généralement de 40 p. 100 plus élevé que le coût par habitant de sexe masculin).

A partir des données sur les coûts par habitant, par groupe d'âge de 5 ans et par sexe, des bénéficiaires de 4 régimes d'assurance-maladie provinciaux (Québec, Ontario, Saskatchewan, Alberta), on a estimé que les changements dans la composition par âge et par sexe de la population peuvent être la cause d'une augmentation d'environ 3,8 p. 100 dans les paiements à l'acte aux médecins par habitant entre 1974-1975 et 1981-1982, soit un peu plus de 0,5 p. 100 par année. Par rapport au chiffre indiqué dans le tableau 4, cela porte à croire que les changements dans la distribution par âge et par sexe de la population assurée a fait augmenter les paiements à l'acte d'environ 85,9 millions de dollars soit 4,4 p. 100 de l'augmentation totale de 1931,5 millions de dollars entre 1974-1975 et 1981-1982.

Aggregate fee payments to physicians, and the factors which tend to influence the level of fee payments, changed at rates which varied from province to province.

Table 5 shows median, minimum and maximum values in the annual rate of change of selected factors during the eight-year period from 1974-75 to 1981-82.

L'ensemble des paiements effectués aux médecins rémunérés à l'acte ainsi que les facteurs qui peuvent influer sur le niveau des paiements à l'acte ont changé selon des taux qui varient d'une province à l'autre.

Le tableau 5 montre les valeurs minimale, maximale et médiane du taux de changement annuel de certains facteurs donnés au cours de la période de 1974-1975 à 1981-1982.

Table 5/Tableau 5

Interprovincial Variations in Average Annual Rates of Change of Selected Factors

Variations interprovinciales dans les taux de changement annuels moyens de certains facteurs donnés

	Per Cent Change Per Year 1974-1975 to 1981-1982	Changement en pourcentage par année 1974-1975 à 1981-1982
	Medians Valeurs médianes	Range Variation
Aggregate Fee Payments to Physicians Ensemble des paiements à l'acte aux médecins	12.9	8.9 to/à 16.2
Insured Population/Population assurée Per Capita Fee Payments Paiements à l'acte par habitant	.8	.3 to/à 3.9
Number of Physicians/Nombre de médecins Fee Payments per Physicians Paiements à l'acte par médecin Per Capita Number of Physicians Nombre de médecins par habitant	12.0	8.1 to/à 13.9
Price/Prix Utilization/Utilisation Per Capita Utilization Utilisation par habitant Utilization per Physician Utilisation par médecin	2.9 10.1 1.7 8.9 4.1 3.0 1.2	1.1 to/à 4.8 5.3 to/à 12.1 -.2 to/à 4.2 4.7 to/à 10.3 2.7 to/à 5.4 1.2 to/à 4.3 .1 to/à 1.7

Particular provinces experienced high rates of increase with respect to some of the factors, and low rates of changes with respect to other factors. As a result of all the changes the gap between low and high per capita costs widened from 1974-75 to 1981-82, as follows:¹⁶

- range of per capita fee costs in 1974-75 = \$40 to \$79
(a difference of just under 100 per cent)

- range of per capita fee costs in 1981-82 = \$89 to \$196
(a difference of over 120 per cent)

Certaines provinces ont connu de très fortes augmentations des taux pour certains facteurs et des hausses plus faibles en ce qui concerne d'autres facteurs. Par suite de tous les changements, l'écart entre les coûts faibles et élevés par habitant s'est élargi entre 1974-1975 et 1981-1982 de la façon suivante¹⁶ :

- variation des coûts des services rémunérés à l'acte par habitant en 1974-1975 = 40 \$ à 79 \$ (une différence légèrement inférieure à 100 p. 100)

- variation des coûts des services rémunérés à l'acte par habitant en 1981-1982 = 89 \$ à 196 \$ (une différence supérieure à 120 p. 100)

¹⁶ The figures for Newfoundland are excluded because a high proportion of medical services in the province is provided by non-fee physicians. Consequently, per capita fee costs in the province are unusually low.

Les chiffres de Terre-Neuve ont été exclus parce qu'une forte proportion des services médicaux dans cette province sont dispensés par des médecins non rémunérés à l'acte. Par conséquent, les coûts par habitant des services remunérés à l'acte sont exceptionnellement faibles dans cette province

Source:

Health Information Division
Information Systems Directorate
Policy, Planning and Information Branch
Department of National Health and Welfare
September 1985

Source :

Division de l'information sur la santé
Direction des systèmes d'information
Direction générale de la politique, de la planification et de l'information
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Septembre 1985

**THE HOSPITAL INSURANCE AND MEDICAL CARE PROGRAMS
SUMMARY OF PROVINCIAL HEALTH INSURANCE PLANS***
benefits(a); premiums: authorized charges(b). (January 1, 1982(b1))

**PROGRAMME D'ASSURANCE-HOSPITALISATION ET PROGRAMME DE SOINS MÉDICAUX :
RÉSUMÉ DES RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-SANTÉ :***
SERVICES ASSURÉS(a) : PRIMES : FRAIS AUTORISÉS(b). (LE 1er JANVIER 1982(b1))

NEWFOUNDLAND

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):
Within Canada: Services not available in Newfoundland paid at rate of host province. Other services paid at Newfoundland rate.

Outside Canada: Services not available in Newfoundland paid at highest Canadian rate. Services not available in Canada paid at rate applicable in jurisdiction where rendered. Other services paid at Newfoundland rate.

Additional benefits (d): The Department of Health administers: Children's Dental Health Program available to children up to and including 12 years of age and for certain disabilities, e.g. cleft palate, cerebral palsy. There is a \$2.00 fee per item of service. Cystic Fibrosis program; Food Bank plan pays towards the cost of diets needed to prevent mental retardation arising from metabolic disorders; Hearing Aid program; Optometric Benefit; Senior Citizen's Drug Subsidy program for residents over 65 in receipt of or eligible for Guaranteed Income Supplement; Social Assistance Drug Plan; and Vision Care for school and pre-school children of families on social assistance or demonstrated inability to pay, and selected adults.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Laboratory, radiological, and other diagnostic procedures, including the necessary interpretations; radiotherapy and physiotherapy where available, occupational therapy, where available, out-patient visits, emergency visits, operating room facilities including supplies, plaster casts, drugs and medical and surgical supplies administered in hospital.

Out-of-province benefits (e): Same benefits as provided in the province.

TERRE-NEUVE

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c) : tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c) :
Au Canada : services non offerts à Terre-Neuve payés au tarif prévu par la province hôte. Autres services payés au tarif prévu par Terre-Neuve.

Hors du Canada : services non offerts à Terre-Neuve payés au tarif le plus élevé prévu au Canada. Services non offerts au Canada payés au tarif prévu par le secteur de compétence où il est dispensé. Autres services payés au tarif prévu par Terre-Neuve.

Services assurés supplémentaires (d) : le ministère de la Santé administre : un programme d'hygiène dentaire disponible pour les enfants jusqu'à l'âge de 12 ans inclusivement et pour certaines infirmités, comme les fissures palatines et la paralysie cérébrale. Il y a des honoraires à l'acte de 2 \$ par service. Programme de fibrose kystique; programme de banque alimentaire pour supporter le coût des régimes nécessaires à la prévention de l'arréfaction mentale résultant de troubles du métabolisme; services d'optométrie; programme d'aide pour les handicapés auditifs; programme de subvention des médicaments pour les personnes âgées qui sont des résidents de plus de 65 ans et qui reçoivent le Supplément de revenu garantie; programme de médicaments de l'Assistance sociale; examen de la vue pour les enfants d'âge scolaire et préscolaire issus de familles recevant des prestations d'aide sociale ou reconnues comme étant incapables de payer, de même que pour certains adultes.

Prime mensuelle : aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e) :

Services dispensés aux malades hospitalisés : les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe : les tests de laboratoire, la radiographie et d'autres services de diagnostic, y compris les analyses nécessaires; la radiothérapie, la physiothérapie et l'ergothérapie si ces services sont disponibles; les visites à l'unité de consultation externe et à l'urgence; l'usage du bloc opératoire y compris l'équipement, les fournitures, les plâtres et les médicaments ainsi que le matériel médical et chirurgical offert par l'hôpital.

Services assurés hors de la province (e) : les mêmes services que ceux qui sont assurés dans la province.

* See Notes (a) to (j) on pages 46-47.

* Voir notes (a) à (j) aux pages 46-47.

Authorized charges: Standard ward charge of \$3.00 per day, up to a maximum of 15 days per admission (including transfer to another hospital in which case cumulative charge limit of \$45 also applies). Re-admission within 60 days of discharge in connection with the same illness or condition will be limited to the \$45 maximum charge. Patients aged 65 years and over and patients certified by the Department of Social Services as being unable to pay will not be subject to the \$3.00 ward charge. (Note: See Addendum re current charges).

Additional benefits: Air and Ground Emergency Ambulance programs pay towards the cost of services. Home Care services in some centres.

Frais autorisés : la somme de 3 \$ par jour pour la salle, jusqu'à un maximum de 15 jours par admission (y compris le transfert à un autre hôpital, auquel cas les frais cumulatifs sont également limités à 45 \$). En cas de réadmission pour le même état ou la même maladie dans les 60 jours qui suivent le congé, la somme maximale exigée sera de 45 \$. Les patients qui sont âgés de 65 ans et plus et ceux qui sont reconnus par le ministère des Services sociaux comme étant incapables de payer n'auront pas à débourser cette somme de 3 \$.

(Remarque : voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

Services assurés supplémentaires : programmes d'ambulances aériennes et terrestres pour supporter le coût de ces services; services de soins à domicile dans certains centres.

PRINCE EDWARD ISLAND

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Physician services paid at rates authorized by the host province except that referrals for services available in P.E.I. are paid at P.E.I. rate.

Outside Canada: Paid at P.E.I. rate except that referrals for services not available in Canada are paid at rates established by Commission.

Additional benefits (d): Children's Dental Care Program (annual registration fee \$4.00 per child, \$12.00 maximum per family); no charge Out-patient Prescription Program for persons with diabetes, rheumatic fever, phenylketonuria, cystic fibrosis and social assistance recipients; mental health clients are charged cost + 20%.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Laboratory procedures as specified, radiological procedures as specified, including use of radioactive isotopes; drugs, biologicals and related preparations for emergency diagnosis and treatment; all other services specified as in-patient services.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Standard ward rate or rate authorized for out-patient services of host province in case of: 1) emergency, 2) referral with approval of Commission for conditions that cannot be treated adequately in P.E.I. Otherwise, daily rates established by Commission based on the average of the two major hospital per diem rates in effect at time service rendered.

Outside Canada: In-patient services only to maximum of: 1) emergency - up to \$100 per day towards costs of hospital room charges and 75% of balance of cost of insured services. 2) referral with approval of Commission for conditions that cannot be adequately treated in Canada - standard ward rate for hospital and all necessary essential services. Otherwise, daily rates established by Commission based on the average of the two major hospital per diem rates in effect at time service rendered.

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c) : tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c) :

Au Canada : services de médecin payés au tarif autorisé par la province hôte, sauf que les orientations pour des services offerts par l'Île-du-Prince-Édouard sont payées au tarif prévu par cette province.

Hors du Canada : services payés au tarif prévu par l'Île-du-Prince-Édouard, sauf que les orientations pour services non offerts au Canada sont payées au tarif prévu par la Commission.

Services assurés supplémentaires (d) : programme de soins dentaires destinés aux enfants, (frais d'inscription annuels de 4 \$ par enfant jusqu'à concurrence de 12 \$ par famille); programme de médicaments gratuits pour les patients externes souffrant de diabète, de rhumatisme articulaire aigu, de phénylcétonurie, de fibrose kystique et les assistés sociaux; les personnes recevant des services psychiatriques doivent débourser le coût de ces services + 20 p. 100.

Prime mensuelle : aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e) :

Services dispensés aux malades hospitalisés : les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe : les tests de laboratoire et les services de radiologie tels qu'ils sont précisés, y compris l'utilisation d'isotopes radioactifs; les médicaments, les substances biologiques et les autres préparations connexes à un diagnostic et un traitement d'urgence; tous les autres services qui sont approuvés comme services dispensés aux malades hospitalisés.

Services assurés hors de la province (e) :

Au Canada : le tarif de la salle ou les frais autorisés par la province hôte pour les services de consultation externe pour : 1) les cas d'urgence; 2) les patients dirigés ailleurs avec l'approbation de la Commission, du fait que leur état ne peut pas être traité de façon adéquate dans l'Île-du-Prince-Édouard. Pour les autres cas, les tarifs quotidiens établis par la Commission d'après la moyenne des per diem en vigueur dans les deux plus grands hôpitaux au moment de la prestation des services.

Hors du Canada : services dispensés aux malades hospitalisés seulement jusqu'à un maximum de : 1) pour les cas d'urgence - 100 \$ par jour pour le tarif d'une chambre d'hôpital et 75 p. 100 des coûts restants des services assurés; 2) pour les patients dirigés ailleurs avec l'approbation de la Commission du fait que leur état ne peut pas être traité de façon adéquate au Canada - le tarif de la salle dans un hôpital et tous les services essentiels nécessaires. Pour les autres cas, les tarifs quotidiens établis par la Commission d'après la moyenne des per diem en vigueur dans les deux plus grands hôpitaux au moment de la prestation des services.

Authorized charges: none

Additional benefits: Ambulance Subsidization Program; Home Care (health aspects) no fee; complementary visiting Homemaker service based on client's ability to pay to a maximum of \$7.00 per hour.

Frais autorisés : aucun

Services assurés supplémentaires : programme pour les ambulances; soins à domicile (soins de santé) gratuits; services complémentaires d'auxiliaires familiaux dont le coût varie en fonction des ressources financières du bénéficiaire jusqu'à un maximum de 7 \$ l'heure.

NOVA SCOTIA

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c): Within Canada: Standard benefits paid at tariff of host province.

Outside Canada: Elective service covered at the Nova Scotia rate. Referrals and accidents or emergencies at provincial tariff plus 75% of difference.

Additional benefits (d): Artificial limb program covers cost of provision, replacement and repair; Children's Dental Plan for those born after January 1, 1967, or students registered with the School for the Blind; Cleft Lip/Cleft Palate Plan; Cystic Fibrosis Drugs; dental services for certain persons (adults and children) suffering from severe mental retardation, when hospitalization is required; Diabetes Insipidus Drugs; Optometric Benefits; Pharmacare plan for residents 65 years and over includes drugs, diabetic and ostomy supplies; Therapeutic Drugs for Cancer Patients provides partial coverage for those with limited incomes.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Broad range of essential services as approved by regulation including: medically necessary laboratory, electroencephalographic and radiological examinations, radiotherapy for malignant and non-malignant conditions, electrocardiograms, physiotherapy facilities where available, various drugs, hospital services including meals for day patient care for diabetes, hemodialysis, ultrasonic diagnostic procedures and interpretations and electrocardiograms and interpretations, as well as specified hospital services when required for emergency diagnoses and treatment within 48 hours of an accident and specified hospital services in connection with various minor medical and surgical procedures.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: In-patient only for (1) emergencies and (2) with prior approval from plan of a medically necessary referral outside Nova Scotia from a Nova Scotia physician. Out-patient services at agreed inter-provincial rates.

Outside Canada: Up to \$100 per day plus 75% of the remainder except for infants less

NOUVELLE-ÉCOSSE

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c) : tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c) : Au Canada: services assurés ordinaires payés au tarif prévu par la province hôte.

Hors du Canada : services non urgents payés au tarif prévu par la Nouvelle-Écosse. Orientations et accidents ou urgences payés au tarif provincial, plus 75 p. 100 de la différence.

Services assurés supplémentaires (d) : programme d'achat, de remplacement et de réparation de membres artificiels; Régime d'assurance dentaire pour enfants nés après le 1^{er} janvier 1967, ou pour les étudiants inscrits au School for the Blind (École pour aveugles); programme de soins dentaires pour les personnes porteuses d'un bec-de-lièvre ou d'une fissure palatine; programme de médicaments pour les personnes atteintes de fibrose kystique; services dentaires fournis à certaines personnes (adultes et enfants) atteintes d'arriération mentale grave, lorsque l'hospitalisation est requise; programme de médicaments pour les personnes qui souffrent de diabète insipide; services d'optométrie; le Régime d'assurance-médicaments (Pharmacare) pour les résidents âgés de 65 ans et plus couvre les médicaments, les fournitures pour les diabétiques et les stomisés; le régime de médicaments pour les personnes atteintes de cancer couvre une partie des frais lorsque le revenu est limité.

Prime mensuelle : aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e) :

Services dispensés aux malades hospitalisés : les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe : un vaste éventail de services essentiels approuvés par règlement, et qui sont requis du point de vue médical y compris : les tests de laboratoire et les examens électro-encéphalographiques et radiologiques, la radiothérapie pour les affections malignes et bénignes, les électrocardiogrammes, les installations de physiothérapie, s'il y en a; divers médicaments, les services hospitaliers, y compris les repas pour diabétiques en traitement de jour, l'hémodialyse, les procédés diagnostiques au moyen des ultrasons et l'analyse des résultats, les électrocardiogrammes et l'analyse des résultats ainsi que les services hospitaliers approuvés lorsqu'ils sont nécessaires pour le diagnostic et le traitement de cas d'urgence dans les 48 heures suivant un accident et les services hospitaliers approuvés qui sont nécessaires à diverses interventions chirurgicales ou médicales d'ordre mineur.

Services assurés hors de la province (e) :

Au Canada : les services dispensés aux malades hospitalisés seulement pour : 1) les cas d'urgence 2) les cas qui sont dirigés vers une autre province pour des raisons médicales par un médecin de la Nouvelle-Écosse et avec l'approbation préalable de la Commission.

Hors du Canada : le tarif de la salle jusqu'à concurrence de 100 \$ par jour, plus

than 15 days old, then up to \$11 per day. Payment is limited to the cost of ward accommodation or where no ward accommodation exists to the lowest semi-private rate available. Out-patient services covered at 100% of charges for medically necessary services for emergency cases and reimbursement will be at the prevailing rate for the service in Nova Scotia for non-emergency cases.

Authorized charges: none

Additional benefits: Ambulance Subsidy Program.

75 p. 100 des frais restants sauf pour les nourrissons de moins de 15 jours qui sont couverts jusqu'à concurrence de 11 \$ par jour. Le paiement est limité au coût de la salle ou, s'il n'existe pas de salle, au tarif de chambre à deux lits, le plus bas possible. Les frais des services externes médicalement nécessaires sont assurés à 100 p. 100 pour les cas urgents, et, pour les cas non urgents, le remboursement correspondra au tarif en vigueur en Nouvelle-Écosse pour le même service.

Frais autorisés : aucun

Services assurés supplémentaires : programme de financement des services d'ambulance.

NEW BRUNSWICK

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Services defined by the Medical Director as not available in New Brunswick paid at rate of host province. Other services paid at New Brunswick rate. Services of pathologists and radiologists not available in province paid at 90% of charges. Those available in New Brunswick paid at 80%.

Outside Canada: Services defined by the Medical Director as not available paid at Ontario or Quebec plan rate. Other services paid at New Brunswick rate. Pathologist and radiologist services not available in the province paid at 70%; those available paid at 60%.

Additional benefits (d): One free annual eye examination for children 18 or under; Prescription Drug Program for beneficiaries who are 65 years and over, for those with cystic fibrosis and for those who are social service benefit recipients. Other approved benefits for those in receipt of social assistance.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: All approved available services.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Complete in-patient coverage at standard ward rate approved by hospital's provincial plan. Out-patient: Total amount charged for entitled services at rates approved by hospital's provincial plan.

Outside Canada: In-patient coverage: Services not available in New Brunswick paid at an all-inclusive rate not in excess of the average standard ward rate, rounded to the nearest dollar, of the three major Canadian hospitals selected by the Medical Director. Other services paid at an all-inclusive rate not in excess of the average standard ward rate, rounded to the nearest dollar, of the three largest New Brunswick hospitals. These rates are calculated on July 1 of each year. Out-patient coverage: Entitled out-patient services paid at 65% of the account except for services defined by the Medical Director as not available in N.B., then 75% of account.

Authorized charges: none

NOUVEAU-BRUNSWICK

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c) : tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c) :

Au Canada : services définis par le directeur des services médicaux non offerts au Nouveau-Brunswick payés au tarif prévu par la province hôte. Autres services payés au tarif prévu par le Nouveau-Brunswick. Services de pathologie et de radiologie non offerts dans la province payés à 90 p. 100; services offerts dans la province payés à 80 p. 100.

Hors du Canada : services définis par le directeur des services médicaux non offerts au Nouveau-Brunswick payés au tarif des régimes de l'Ontario et du Québec. Autres services payés au tarif prévu par le Nouveau-Brunswick. Services de pathologie et de radiologie non offerts dans la province payés à 70 p. 100; services offerts dans la province payés à 60 p. 100.

Services assurés supplémentaires (d) : un examen de la vue annuel gratuit pour les enfants âgés de 18 ans et moins; programme de médicaments prescrits pour les bénéficiaires âgés de 65 ans et plus, pour ceux atteints de fibrose kystique et pour les bénéficiaires de prestations d'aide sociale. Autres services approuvés pour les assistés sociaux.

Prime mensuelle : aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e) :

Services dispensés aux malades hospitalisés les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe : tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services hors de la province (e) :

Au Canada : services dispensés aux malades hospitalisés : la protection complète au tarif de la salle approuvé par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province. Services de consultation externe : la totalité des frais des services assurés au tarif approuvé par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province.

Hors du Canada : services dispensés aux malades hospitalisés : services non offerts au Nouveau-Brunswick payés entièrement à un tarif ne dépassant pas le tarif moyen de la salle (arrondi au dollar) des trois principaux hôpitaux canadiens choisis par le directeur médical. Les autres services payés entièrement à un tarif ne dépassant pas le tarif moyen de la salle (arrondi au dollar) des trois plus grands hôpitaux du Nouveau-Brunswick. Ces tarifs sont calculés le 1^{er} juillet de chaque année. Services dispensés aux malades externes : services de consultation externe admissibles payés à 65 p. 100, sauf les services définis par le directeur médical comme n'étant pas offerts au Nouveau-Brunswick, qui sont dans ce cas remboursés à 75 p. 100.

Frais autorisés : aucun

Additional benefits: None for hospital care within scope of Hospital Insurance Program, however persons awaiting nursing home placement are charged, after 30 days, \$11.42 per day. (Note: See addendum re current charge).

Services assurés supplémentaires : aucun frais pour les soins hospitaliers couverts par le Régime d'assurance-hospitalisation, toutefois les personnes qui attendent d'être placées dans une maison de santé doivent payer 11,42 \$ par jour après 30 jours. (Remarque : voir annexe sur les frais actuellement en vigueur.)

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals (j).

Out-of-province benefits (c): Insured services paid up to Quebec rates upon presentation of a fee statement of services rendered.

Additional benefits (d): Assistance towards the cost of appliances supplied to persons with permanent colostomy, ileostomy or urostomy. Breast prostheses grant program following mastectomy. Dental services for children under the age of 16. Dental services, including dentures, for social aid recipients. Drugs and related professional services for recipients of social aid and recipients of certain governmental social aid measures, for persons aged 65 years and over, for persons aged 60 to 64 inclusive who are eligible for an allowance under the Old Age Security Act and would otherwise without that allowance, be eligible for social aid or certain governmental social aid measures. Hearing aids program for all 35 years of age and under and social aid recipients over 35. (Program extended to cover persons 36 or over who already use an aid paid for by the Régie.) Assistance with the cost of ocular prostheses (artificial eyes) for a beneficiary who has undergone an enucleation, an evisceration, or a permanent conjunctival closure. Optometry program. Prostheses, orthopaedic appliances or other appliances specified by regulation. Visual aid program for residents 35 years and under. (Program extended - as per hearing aid program).

Premium per month: none (i)

Hospital InsuranceStandard benefits (e):

In-patient: Standard ward including all medically required services.

Out-patient: Clinical services of day or night psychiatric care, electroconvulsive therapy, insulin shock therapy, behavioural therapy, emergency care, minor surgery, radiotherapy, diagnostic services, physiotherapy, occupational therapy and inhalation therapy services, orthoptic services, services or examinations necessary for a resident to obtain employment, or those required in the course of employment or on the demand of the employer, provided that such examination or service is required by a law of Quebec other than the Collective Agreement Decrees Act, hearing and speech services.

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c) : tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste(j).

Services assurés hors de la province (c) : services assurés payés jusqu'à concurrence du tarif prévu par le Québec, ou moins, sur présentation d'un relevé d'honoraires mentionnant les services rendus.

Services assurés supplémentaires (d) : le programme de subventions pour appareils fournis aux résidents du Québec ayant subi : une colostomie, une iléostomie ou une urostomie permanente; le programme de subventions pour prothèses mammaires après mastectomie; les services dentaires pour les enfants de moins de 16 ans; les services dentaires, y compris les prothèses dentaires, pour les assistés sociaux; les médicaments et les services professionnels connexes pour les bénéficiaires de certaines mesures d'aide sociale gouvernementale, pour les personnes de 65 ans et plus et pour les personnes de 60 à 64 ans inclusivement qui sont admissibles à une allocation en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse et qui, sans cette allocation, auraient droit à l'aide sociale ou à certaines mesures d'aide sociale gouvernementale; un programme d'aide pour les handicapés visuels de moins de 35 ans. Un programme d'aide pour les handicapés auditifs de moins de 35 ans et les bénéficiaires d'aide sociale de 35 ans et plus. Tous les résidents du Québec âgés de plus de 36 ans, qui possèdent déjà un appareil payé par la Régie et qui avaient atteint la limite d'âge, peuvent de nouveau bénéficier des programmes d'aides auditives et visuels; le programme de subventions pour prothèses oculaires (yeux artificiels), fournis aux résidents du Québec, ayant subi une énucleation, une éviscération ou un recouvrement conjonctival permanent; le programme de services optométriques; les prothèses, les appareils orthopédiques ou autres déterminés par règlement.

Prime mensuelle : aucune (i)

Régime d'assurance-hospitalisationServices assurés ordinaires (e) :

Services dispensés aux malades hospitalisés : les services en salle commune et tous les services médicaux nécessaires.

Services de consultation externe : les services en clinique psychiatrique de jour ou de nuit, les traitements par électrochoc, l'insulinothérapie et la thérapie de comportement. Les soins d'urgence, les soins en chirurgie mineure, la radiothérapie, les services diagnostiques, les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'halothérapie, les services d'orthoptique. Les services ou les examens auxquels doit se soumettre un résident en vue d'obtenir un emploi, ou auxquels il doit se soumettre en cours d'emploi ou encore qui sont requis par un employeur à la condition qu'un tel examen ou service soit exigé par une loi du Québec autre que la loi des décrets de la convention collective. Les services d'audiologie et d'orthophonie.

Outside Canada: In-patient: Emergency or sudden illness and referral cases receiving prior approval, room and board at the ward rate plus cost of other insured services. In cases where insured hospital services received outside Canada are not reimbursed in full, 75% of the cost of insured services are covered. Excluded: spas, nursing homes or similar establishments. Out-patient: at the prevailing rate of the hospital where the insured services are received provided that: (1) the services were received during the 24 hours following an accident; (2) the services became necessary due to a sudden illness or emergency. (Note: From July 1, 1982, the cost of hospital services provided outside Canada will be reimbursed by the Régie de l'assurance-maladie du Québec only in emergencies. Up to \$700.00 will be reimbursed in full and 50% of any amount in excess of that sum. Certain beneficiaries (students in recognized institutions, those receiving full-time training in a university or other specified institution, Quebec government employees, and those employed in an approved non-profit organization) residing temporarily outside Canada, reimbursed 100% cost of emergency hospital and 75% of non-emergency hospital services.)

Hors du Canada : services dispensés aux malades hospitalisés : les cas d'urgence ou de maladie subite et les cas dirigés ailleurs avec l'approbation préalable, y compris le logement et la pension au tarif de la salle plus les frais des autres services assurés. Lorsque les services hospitaliers assurés fournis à l'extérieur du Canada ne sont pas remboursés intégralement, leur coût est couvert à 75 p. 100. Sont exclus : les stations thermales, les maisons de repos ou autres refuges analogues. Services de consultation externe : le tarif de l'hôpital où les services assurés sont dispensés, pourvu a) qu'ils le soient dans les 24 heures suivant un accident, b) qu'ils soient devenus nécessaires par suite d'une maladie subite ou d'une urgence. (À noter qu'à compter du 1er juillet 1982, la Régie de l'assurance-maladie du Québec rembourse les services hospitaliers reçus hors du Canada uniquement dans les cas d'urgence. La Régie paie le coût des services hospitaliers jusqu'à 700 \$ plus 50 p. 100 des frais excédant ce montant. Cependant, pour certains bénéficiaires (les étudiants, les fonctionnaires du gouvernement du Québec, etc.) qui résident temporairement hors du Canada, les services reçus dans un centre hospitalier à la suite d'une maladie subite ou d'une situation d'urgence sont remboursables à 100 p. 100, sur production d'une demande détaillée; dans les autres cas, les services sont remboursés à 75 p. 100.)

Authorized Charges:

The payments authorized are \$12.33 per day for chronic care in extended care hospitals or in extended care units in short-term care hospitals. Children under the age of 18 are exempt. Low income individuals may benefit from total or partial exemption depending on their family and financial situation. (Note: See Addendum re current charge).

Additional Benefits: Additional services offered to the Quebec population under special programs of the Department of Social Affairs include:

- the transportation of sick persons according to specified criteria;
- certain special medications at a reduced price (\$2 per medication for a period of 28 days) for ambulatory patients who suffer from cancer, cystic fibrosis, tuberculosis, primary hyperlipoproteinemia, diabetes insipidus or psychiatric illness;
- home care services ordered by the attending physician to permit convalescence at home and reduce hospitalization - this program includes renal dialysis and parenteral nutrition;
- home help services to encourage the maintenance at home and avoidance of family break-up or long-term institutionalization for elderly persons;
- free ambulance service for persons aged 65 years and over;
- laryngectomy related appliances and services supplied out of two designated establishments.

Frais autorisés : les frais autorisés sont de 12,33 \$ par jour pour les malades chroniques hospitalisés dans les hôpitaux de soins prolongés ou dans des unités de soins prolongés d'hôpitaux de courte durée. Les enfants âgés de moins de 18 ans sont exemptés. Les personnes à faible revenu peuvent jouir d'une exemption totale ou partielle, selon leur situation. (Remarque : voir annexe sur les frais actuellement en vigueur.)

Services assurés supplémentaires : les services additionnels dont peut bénéficier la population du Québec dans le cadre des programmes spéciaux du ministère des Affaires sociales comprennent:

- le transport des personnes malades conformément à certains critères particuliers;
- certains médicaments spéciaux à prix réduit (2 \$ par médicament par période de 28 jours) pour les malades sur pied qui souffrent de cancer, de fibrose kystique, de tuberculose, d'hyperlipoprotéinémie primaire, de diabète insipide ou de maladie psychiatrique;
- les soins à domicile prescrits par le médecin traitant afin de permettre la convalescence à la maison et de réduire la durée de l'hospitalisation - ce programme comprend la dialyse rénale et l'alimentation par voie parentérale;
- des services d'aide domestique pour les personnes âgées afin de les encourager à rester dans leur foyer et d'éviter les séparations de la famille ou l'hospitalisation à long terme;
- des services ambulanciers gratuits pour les personnes âgées de 65 ans et plus;
- un programme d'aide aux laryngectomisés par le biais de deux établissements désignés.

ONTARIO

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c): Standard and additional benefits, except take home drugs, paid at Ontario rates.

Additional benefits (d): Chiropody; Chiropractic; Drug Benefit Plan administered by Ministry of Health free for Canadian citizens 65 and over, landed immigrants in province previous 12 months, disabled persons, and those with limited incomes; Optometry (diagnostic); Osteopathy; out-of-hospital physiotherapy (limited to approved facilities). Note: Annual maximum dollar limits on chiropractic, chiropodist and osteopathic services.

Premiums per month (f):

Single - \$23.00 (g). Family of 2 or more - \$46.00 (g). (Note: See Addendum re current charges).

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Broad range of essential services, including diagnostic services, physiotherapy, occupational, speech and radiotherapies, diet counselling when prescribed by a physician, and other hospital services when medically necessary. Where available from a hospital, the provision of equipment, supplies and medications for use in the home by haemophilic patients for emergency treatment or the prevention of haemorrhage, and home dialysis equipment supplied through the hospital.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Full standard ward rate in other Canadian provinces less any co-insurance or capital charges made by province concerned. For generally accepted surgical procedures not available in Ontario, the patient must a) be referred by an Ontario physician and b) have prior Plan approval. The Plan will attempt to inform the patient of the amount they will pay for the surgery. Home renal dialysis when arranged through a hospital. Physiotherapy services provided through a hospital. 75% of cost of ambulance services (for medically required services with supporting documentation).

Outside Canada: 75% of standard ward for non-emergency admissions in the United States. 100% of standard ward care for emergencies (except mental illness). Renal dialysis in approved health facilities. Treatment of acute mental illness or mental illness where the General Manager is of the opinion that suitable facilities are not available in

ONTARIO

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c) : tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c) : services assurés, ordinaires et supplémentaires (sauf les médicaments pris à la maison) payés au tarif prévu par l'Ontario.

Services assurés supplémentaires (d) : la chiropodie, la chiropraxie, le Régime de médicaments gratuits administré par le ministère de la Santé à l'intention des citoyens canadiens âgés de 65 ans et plus, des immigrants reçus demeurant dans la province depuis les douze derniers mois, des infirmes et des personnes à revenu modeste; les services de diagnostic en optométrie, l'ostéopathie, les services de physiothérapie à l'extérieur de l'hôpital (seulement dans les établissements autorisés). Remarque : services de chiropraxie, de chiropodie et d'ostéopathie assurés jusqu'à concurrence d'un montant maximal annuel.

Prime mensuelle (f) :

Personne seule - 23 \$(g). Famille de 2 personnes ou plus - 46 \$(g). (Remarque : voir note sur les frais actuellement en vigueur.)

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e) :

Services dispensés aux malades hospitalisés : les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe : un vaste éventail de services essentiels, y compris les services de diagnostic, la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, la radiothérapie, l'inhalothérapie, les services de consultation diététique, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin et d'autres services hospitaliers requis du point de vue médical. L'équipement, le matériel et les médicaments employés à domicile par un hémophile pour le traitement d'urgence ou la prévention des hémorragies, et l'utilisation du matériel de dialyse rénale à domicile, lorsqu'un hôpital peut les fournir.

Services assurés hors de la province (e) :

Au Canada : plein tarif de la salle prévu par les autres provinces canadiennes moins les frais modérateurs ou les frais d'établissement de la province en cause. Dans le cas des interventions chirurgicales généralement admises mais non offertes en Ontario, le patient doit : a) être envoyé par un médecin de l'Ontario et b) obtenir au préalable l'autorisation du Régime. Le Régime tentera d'indiquer au patient la somme qui sera payée pour la chirurgie. La dialyse rénale à domicile, lorsque les dispositions sont prises par l'intermédiaire d'un hôpital. Les services de physiothérapie dispensés par l'intermédiaire d'un hôpital. Soixante-quinze pour cent des services d'ambulance (pour les services justifiés sur le plan médical, documents à l'appui).

Hors du Canada : 75 p. 100 du tarif de la salle pour les cas non urgents aux États-Unis. Cent pour cent du tarif de la salle dans le cas d'urgences (sauf la maladie mentale) survenant à l'étranger. Dialyse rénale dans les établissements de santé autorisés. Le traitement d'une maladie mentale aiguë ou d'une maladie mentale pour laquelle, de l'avis du directeur général,

Ontario, 75% of calculated standard ward rate for 60 days, with approved extensions. 75% of cost of ambulance service (for medically required services with supporting documentation).

Authorized charges: Chronic care charge of \$13.06 per day after 60 days hospitalization with exemptions up to 360 days for rehabilitation of convalescent patients upon medical certification; also, partial or complete exemptions, if limited family income. (Note: Rate increases quarterly in line with Consumer Price Index. See Addendum for details and current charge).

Additional benefits: Ambulance services (land and air) when medically required subject to a co-payment charge of \$20.00 per trip. (Note: See Addendum re current charge.) Home care program, home hyperalimentation and home renal dialysis equipment supplies and medication. Nursing home benefits.

des installations appropriées ne sont pas disponibles en Ontario, 75 p. 100 du tarif de la salle calculé pour 60 jours, en plus des prolongations autorisées. Soixante-quinze pour cent des frais de services d'ambulance (pour les services justifiés sur le plan médical, documents à l'appui).

Frais autorisés : pour les malades chroniques, des frais de 13,06 \$ par jour après 60 jours d'hospitalisation, avec exemptions d'une durée maximale de 360 jours pour la réadaptation des convalescents, sur présentation d'un certificat médical, et exemptions partielles ou complètes suivant le revenu familial. (Remarque : le tarif augmente tous les trimestres conformément à l'indice des prix à la consommation. Voir l'annexe pour obtenir plus de détails et connaître le tarif actuel.)

Services assurés supplémentaires : Les services ambulanciers nécessaires au point de vue médical, sous réserve d'un copaiement de 20 \$ par voyage. (Remarque : voir note sur le tarif actuel.) Fournitures et médicaments pour la dialyse rénale et la suralimentation à domicile. Le programme de soins à domicile. Services assurés de maison de santé.

MANITOBA

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c): Standard benefits paid at Manitoba rates.

Additional benefits (d): Artificial eyes program. Breast prostheses and surgical brassieres following mastectomy. Certain chiropractic services. Contact lens following congenital cataract surgery. Certain optometric services. Prescription drugs partially covered. Prosthetic devices and certain limb and spinal orthotic devices and services when prescribed by a doctor. Assistance in the purchase of telecommunication devices for the profoundly deaf. Assistance in the purchase of eyeglasses and where medically required, contact lenses, for persons 65 years of age and over. Children's programs for those under 18 years: Cleft Lip/Cleft Palate treatment and rehabilitation program, hearing aids and orthopedic shoes.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: All services except drugs and dressings in certain cases.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: In-patient: Rate approved by provincial plan of host province in accordance with the interprovincial agreement. Out-patient: Provided in accordance with the interprovincial agreement.

Outside Canada: In-patient: The greater of 75% of hospital's charges or a daily allowance if: 1) emergency, 2) adequate care not available in Manitoba, 3) during 3 months following permanent move, 4) temporary employment or education. The lesser of 75% of hospital's charges or a daily allowance for elective cases. Out-patient: Covered up to interprovincial agreement rates, or 75%, whichever is greater.

Authorized charges: None for hospital care within scope of Hospital Insurance Program, however, persons awaiting placement in Personal Care Homes are charged \$10.75 per day. (Note: See Addendum re current charge.)

MANITOBA

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c) : tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c) : services assurés payés au tarif prévu par le Manitoba.

Services assurés supplémentaires (d) : les yeux artificiels. Les prothèses mammaires et soutiens-gorge spéciaux après la mastectomie. Certains services de chiropraxie. Les lentilles cornéennes requises après une intervention chirurgicale pour une cataracte congénitale. Certains services d'optométrie. Les médicaments prescrits sont couverts en partie. Les prothèses et certains appareils et services orthopédiques pour les membres et la colonne vertébrale, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin. Aide pour l'achat d'appareils de télé-communications pour les personnes atteintes de surdité profonde. Aide financière pour l'achat de lunettes et, lorsque c'est justifié sur le plan médical, de lentilles cornéennes, pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Programmes pour les enfants âgés de moins de 18 ans : Programme de traitement et de réadaptation en cas de fissure palatine ou labiale; programme d'aide aux handicapés auditifs et chaussures orthopédiques.

Prime mensuelle : aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e) :

Services dispensés aux malades hospitalisés : les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe : tous les services sauf, dans certains cas, les médicaments et les pansements.

Services assurés hors de la province (e) :

Au Canada : tarif approuvé par le régime de la province hôte conformément à l'accord conclu entre les provinces. Services de consultations externes : dispensés conformément à l'accord conclu entre les provinces.

Hors du Canada : services dispensés aux malades hospitalisés : la plus élevée de ces sommes : 75 p. 100 des frais pour les prestations des services hospitaliers ou une allocation quotidienne dans les cas : a) d'urgence, b) où les soins requis ne sont pas disponibles au Manitoba, c) où les soins sont dispensés dans les 3 mois suivant le départ permanent, d) d'une absence temporaire pour raison de travail ou d'études. La moins élevée de ces deux sommes : 75 p. 100 des frais ou une allocation quotidienne pour les cas d'hospitalisation non urgente. Services de consultation externe : payés jusqu'à concurrence du tarif prévu dans l'accord entre les provinces, ou de 75 p. 100, de la facture, le plus élevé des deux montants étant retenu.

Frais autorisés : aucun frais pour les soins hospitaliers couverts par le Régime d'assurance-hospitalisation, toutefois les personnes qui attendent d'être placées dans des maisons de santé doivent payer 10,75 \$ par jour. (Remarque : voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

Additional benefits: Personal Care Homes; Standard ward and all approved available services. A \$10.75 per day residential charge is payable by insured persons receiving personal care in personal care homes. (Note: See Addendum re current charge.)

Services assurés supplémentaires : foyers de soins personnalisés : salle et tous les services offerts autorisés. Les foyers exigeront une somme de 10,75 \$ par jour des personnes assurées qui y reçoivent des soins personnels. (Remarque : voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

SASKATCHEWAN

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c): Standard benefits, administered by the Commission, paid at Saskatchewan rates. Various rates for approved services not available in province covered when prior approval received.

Additional benefits (d): referred services by dentist for care of cleft palate; chiropractic; optometry; oral surgery by a dentist. With certain exceptions, Saskatchewan residents holding valid health services cards are eligible for the benefits of other plans administered by the provincial Department of Health. These include: aids to independent living (medical equipment and supplies provided on free-loan basis to handicapped residents, drugs supplied for certain diseases, e.g., cystic fibrosis, telephone equipment supplied to special needs residents, partial payment of ostomy supplies); children's dental plan; subsidized hearing aid plan; and a prescription drug plan.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: To the extent that a hospital is able to provide it.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: In-patient: Standard ward rate less co-insurance charge where applicable. Out-patient: Total amount charged.

Outside Canada: In-patient: Maximum rate applies. Out-patient: Total amount charged, less exchange on U.S. currency.

Authorized charges: None for hospital care within scope of Hospital Insurance Program, however as of July 1, 1981, long term care services are no longer an insured benefit under the plan. Patients awaiting placement in extended or chronic care facilities are charged a fee of \$45.00/day while in hospital.

Additional benefits: A subsidized air ambulance service, administered by the Department of Health, transports patients with medical emergencies from small towns to urban centres. The Department of Social Services administers the home care program. Private practice physiotherapy (facilities under contract with Minister of Health).

SASKATCHEWAN

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c) : tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c) : services assurés ordinaires, administrés par la Commission, payés au tarif prévu par la Saskatchewan. Services autorisés non offerts dans la province payés à des tarifs différents, lorsque autorisés au préalable.

Services supplémentaires (d) : soins dentaires pour les personnes porteuses d'une fissure palatine lorsque le cas est adressé par un dentiste; chiraxie, optométrie, services de chirurgie buccale dispensés par un dentiste. Sauf certaines exceptions, les résidents de la Saskatchewan possédant des cartes de santé valides sont admissibles aux services d'autres régimes administrés par le ministère provincial de la Santé. Ces services comprennent des aides visant à promouvoir l'autonomie (fournitures et équipement médicaux prêtés gratuitement aux résidents handicapés, médicaments fournis pour certaines maladies, par exemple la fibrose kystique; matériel téléphonique fourni aux résidents présentant des besoins spéciaux, paiement partiel des fournitures pour stomisés); régime de soins dentaires pour enfants; régime de subventions pour prothèses auditives; régime de médicaments prescrits.

Prime mensuelle : aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e) :

Services dispensés aux malades hospitalisés : les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe : dans la mesure où un hôpital peut fournir le service, le service est assuré.

Services assurés hors de la province (e) :

Au Canada : services dispensés aux malades hospitalisés : les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés moins les frais modérateurs le cas échéant. Services de consultation externe : la totalité des frais.

Hors du Canada : services dispensés aux malades hospitalisés : un taux maximal s'applique. Services de consultation externe : la totalité des frais, moins le taux de change du dollar américain.

Frais autorisés : aucun frais pour les soins hospitaliers couverts par le Régime d'assurance-hospitalisation, toutefois à partir du 1^{er} juillet 1981, les services de soins prolongés ne sont plus assurés en vertu du régime. Les personnes qui attendent d'être placées dans des établissements de soins de longue durée ou pour malades chroniques doivent payer 45 \$ par jour durant leur séjour à l'hôpital.

Services assurés supplémentaires : un service d'ambulance aérienne subventionné, administré par le ministère de la Santé, transporte les malades des petites localités vers les centres urbains dans les cas d'urgence médicale. Le ministère des Services sociaux administre le programme de soins à domicile. Services de physiothérapie en cabinet privé (dans les établissements ayant signé un contrat avec le ministère de la Santé).

ALBERTA

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals (j).

Out-of-province benefits (c): Standard benefits within and outside country paid up to Alberta rate.

Additional benefits (d): Through the Alberta Health Care Insurance Plan: chiropractic services; dental services rendered by dental surgeons as specified in regulations; optometric services; physiotherapy services; podiatric services. Benefit ceilings on chiropractic, optometric, physiotherapy and podiatric services. An optional health services contract is available through the Alberta Health Care Insurance Plan which provides Alberta Blue Cross non-group membership at reduced rates to residents who are unable to obtain group Blue Cross coverage through an employer. For a resident 65 years and over, their spouse, and/or their dependants, the Extended Health Benefits Program provides a substantial portion of the cost of eyeglasses and a major portion of the cost of dentures and dental care. The Department of Social Services and Community Health administers numerous programs including: aids to daily living, available free to handicapped or chronically ill residents (benefits include hearing aids, ostomy supplies, wheelchairs etc.); a cystic fibrosis program; and the extended health benefits program which assumes the cost of hearing aids and medical and surgical equipment, supplies and appliances for those 65 and over, their spouses and dependents.

Premium per month (f):

Single - \$9.50 (h). Family of 2 or more - \$19.00 (h).

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: To the extent that the hospital is able to provide insured services.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: In-patient: All in-patient charges in Canadian active treatment or auxiliary hospitals. Out-patient: All services provided by hospitals in Canada at their respective approved rates.

Outside Canada: In-patient: In active treatment hospitals - \$150 per day or the actual cost whichever is the lesser. Out-patient: For out-patient service at an active treatment hospital, the lesser of the amount charged or the amount that would be paid for the same service in Alberta.

ALBERTA

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c) : tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste(j).

Services assurés hors de la province (c) : services assurés ordinaires au Canada et à l'extérieur payés au tarif prévu par l'Alberta.

Services assurés supplémentaires (d) : en vertu du régime d'assurance-maladie de l'Alberta : la chiropraxie; les soins dentaires dispensés par des chirurgiens-dentistes conformément aux règlements; l'optométrie; services de physiothérapie; services de podiatrie. Un maximum a été fixé pour les services de chiropraxie, d'optométrie, de physiothérapie et de podiatrie assurés. Une assurance facultative est offerte par la Commission qui permet aux résidents qui ne font partie d'aucun groupe de devenir membres de la Croix-Bleue de l'Alberta. Pour les résidents âgés de 65 ans et plus, leur conjoint et les personnes à leur charge, le programme de services complémentaires de santé assure une importante partie du coût des lunettes et la plus grande partie du coût des dentiers et des soins dentaires. Le ministère des Services sociaux et de la Santé communautaire administre de nombreux programmes dont : la fourniture gratuite d'aides fonctionnelles pour les activités de la vie quotidienne aux personnes handicapées ou aux malades chroniques résidant dans la province (parmi les services assurés, on retrouve les prothèses auditives, les fournitures pour stomisés, les fauteuils roulants, etc.); un programme de fibrose kystique; et le programme de services complémentaires de santé assurés qui couvre le coût des prothèses auditives, du matériel, des fournitures et appareils médicaux et chirurgicaux pour les personnes âgées de 65 ans et plus, leur conjoint et les personnes à leur charge.

Prime mensuelle (f) :

Personne seule - 9,50 \$(h). Famille de 2 personnes ou plus - 19 \$(h).

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e) :

Services dispensés aux malades hospitalisés : les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe : dans la mesure où l'hôpital peut fournir les services assurés.

Services assurés hors de la province (e) :

Au Canada : services dispensés aux malades hospitalisés : tous les frais des services dans les hôpitaux de soins de courte durée ou auxiliaires canadiens. Services de consultation externe : tous les services de consultation externe dispensés dans les hôpitaux au Canada à leurs taux respectifs approuvés.

Hors du Canada : services dispensés aux malades hospitalisés : dans les hôpitaux de soins de courte durée, la moins élevée de ces deux sommes : 150 \$ par jour ou le coût réel. Services de consultation externe : pour les services de consultation externe dispensés dans un hôpital de soins de courte durée, la moins élevée des deux sommes suivantes : le coût réel des services rendus ou la somme que coûterait le même service en Alberta.

Authorized charges (applies only to Alberta hospitals):

Patients are required to pay a \$5.00 admission charge to active treatment hospitals. Excluded are: inter-hospital transfers; re-admission within 30 days; hospitalization approved by a cancer clinic; polio patients; multiple handicapped children's units; a resident aged 65 or over, their spouse and dependents; and recipients of social assistance from Department of Social Services and Community Health.

Auxiliary Hospitals: \$7.00 per day after 120 days. (Note: See Addendum re current charge.) Where a private room is provided at the request of the patient, an additional charge of \$3.50 per day is payable.

Emergency Financial Assistance Program: For hospital and medical care services not available in province or provided in an emergency, assistance exists for cases of financial hardship.

Additional benefits: Home care program; nursing home benefit.

Frais autorisés (pour les hôpitaux de l'Alberta seulement):

Les malades doivent débourser 5 \$ pour être admis dans un hôpital de soins de courte durée. Sont exclus les malades transférés d'un hôpital à l'autre; les malades réadmis dans les 30 jours qui suivent le congé de l'hôpital; les malades dont l'admission est approuvée dans une clinique du cancer; les malades atteints de poliomérite; les enfants admis dans des unités pour handicapés multiples; les résidents âgés de 65 ans et plus, leur conjoint et les personnes à leur charge; et les bénéficiaires d'aide sociale du ministère des Services sociaux et de la Santé communautaire.

Les hôpitaux auxiliaires : 7 \$ par jour après 120 jours. (Note : voir l'annexe sur les frais en vigueur.) Lorsqu'un malade occupe une chambre privée parce qu'il en a fait la demande, un supplément de 3,50 \$ par jour est payable.

Programme d'aide financière d'urgence : pour les services hospitaliers et les soins médicaux non offerts dans la province ou fournis en cas d'urgence, une aide peut être accordée cas de difficulté financière.

Services assurés supplémentaires : programme de soins à domicile; prestations en foyer de soins.

BRITISH COLUMBIA

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals (j).

Out-of-province benefits (c):

Standard benefits, in emergency or with prior approval, paid up to B.C. rates.

Additional benefits (d): Chiropractic, naturopathy, orthoptic, physiotherapy and podiatric services partially covered; orthodontic services for hare lip and/or cleft palate covered (age limit); approved optometric services; extended role services of a registered nurse where:

- 1) an arrangement for the rendering and for the payment of these services is approved by the Commission, and
- 2) these services are rendered in an area of the province where a medical practitioner is not normally available.

The Dental Care Plan covers children 14 and under, seniors 65 and over, social aid recipients, and beneficiaries in receipt of premium assistance.

Children: - Preventive Care Package - no co-charge
- other insured service - 50% co-charge, \$700 annual benefit ceiling;
Seniors: - 50% co-charge, \$700 annual benefit ceiling;

Social aid and premium assistance recipients: no co-charge, \$700 annual service ceiling.

(Note: Dental program suspended September 1, 1982 except for certain low income groups).

Free prescription drug program for residents 65 years and over, the handicapped and the chronically ill, and a universal Pharmacare plan which protects individuals from financial hardship as a result of high prescription drug expenses. User charges - \$100.00 deductible plus 20% co-payment. Further details may be obtained by writing Pharmacare, Ministry of Human Resources, Parliament Buildings, Victoria V8V 1X4.

Premium per month (f):

Single - \$11.50. Two persons - \$23.00. Family of three or more persons - \$28.75. (Note: Premium rates are subject to change within each fiscal year. See Addendum re current rates).

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c) : tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste (j).

Services assurés hors de la province (c) :

Services assurés ordinaires, en cas d'urgence ou avec autorisation préalable, payés au tarif prévu par la Colombie-Britannique, ou moins.

Services assurés supplémentaires (d) : services de chiropraxie, de naturopathie, d'orthoptique, de physiothérapie et de podiatrie sont partiellement couverts; les services d'orthodontie pour les personnes porteuses d'un bec-de-lièvre ou d'une fente palatine sont couverts (limite d'âge); services d'optométrie approuvés; en outre les services d'un(e) infirmier(ère) diplômé(e) au rôle élargi lorsque :

- a) la Commission approuve une entente prise pour assurer la prestation et le remboursement de ces services, et
- b) ces services sont dispensés dans une région de la province où un médecin n'est pas normalement disponible.

Le Régime d'assurance-dentaire protège les enfants de 14 ans et moins, les personnes de 65 ans et plus, les assistés sociaux et les personnes qui reçoivent une aide au niveau du paiement de la prime.

Enfants : - ensemble des soins préventifs - aucun copaiement.
- autres services assurés - copaiement à 50 p. 100, prestation annuelle maximale de 700 \$
Personnes âgées - copaiement à 50 p. 100, prestation annuelle maximale de 700 \$

Assistés sociaux et personnes recevant une aide au niveau du paiement de la prime : - aucun co-paiement, services assurés jusqu'à un maximum de 700 \$ par année.

(Remarque : programme dentaire interrompu le 1er septembre 1982, sauf pour certains groupes à faible revenu.)

Le Programme gratuit de médicaments prescrits pour les résidents âgés de 65 ans et plus, les handicapés et les malades chroniques et le Régime de médicaments prescrits (Pharmacare) offert à l'ensemble de la population, afin de protéger les individus des difficultés financières que peut entraîner l'achat de médicaments prescrits. Frais modérateurs-franchise de 100 \$ plus copaiement à 20 p. 100. De plus amples renseignements sur ce programme peuvent être obtenus en écrivant à Pharmacare, Ministry of Human Resources, Parliament Buildings, Victoria, V8V 1X4.

Prime mensuelle (f) :

Personne seule - 11,50 \$. Deux personnes - 23 \$. Famille de trois personnes ou plus - 28,75 \$. (Remarque : le tarif des primes peut changer à l'intérieur d'une année financière. Voir l'annexe sur les tarifs en vigueur.)

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e) :

Service dispensés aux malades hospitalisés : les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Out-patient: Emergency services, minor surgical procedures, day care surgical services, out-patient cancer therapy, psychiatric day care and night care services, day care rehabilitation services, narcotic addiction services, physiotherapy services, diabetic day care, and specified out-patient psychiatric services (in designated hospitals), dietetic counselling services; cytology services operated by the Cancer Control Agency of British Columbia and renal dialysis treatments for chronic renal failure (in designated hospitals); day care services at the Arthritis Centre of British Columbia and psoriasis day care services at Shaughnessy Hospital, Vancouver, and Victoria General Hospital, Victoria.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: In-patient: During a temporary period of absence that ends at midnight on the last day of the 12th month following the month of departure from province - maximum stay of 12 months unless otherwise approved. Referral, if approved by Deputy Minister. Out-patient: Emergency services and minor surgery with a \$2.00 charge payable by the patient; day care surgical services with a \$6.00 charge payable by the patient; and out-patient dialysis treatment with no charge to the patient. Computerized axial tomography.

Outside Canada: For emergency illness or accidental injury, in-patient maximum \$75 per day for adults and children, \$33 per day for newborns. \$170.00 or actual charge, whichever is lesser, for out-patient dialysis for chronic renal failure (Canadian funds) (Note: See Addendum re current charges).

Qualified persons who have obtained prior written approval to seek hospital treatment as in-patients outside of Canada are provided with benefits as follows:

- the usual and customary charge made by the hospital or institution providing the hospital service, less the authorized charges, if the benefits are not available in British Columbia; or
- a sum not greater than the per diem rate approved for an equivalent facility in British Columbia, less the authorized charges, if the benefits are available in British Columbia.

Authorized charges: (Note: See Addendum re current charges).

- 1) \$6.50 per day for acute and rehabilitative care in hospitals, excluding newborns and organ donors,
- 2) \$10.50 per day for adults in extended care hospitals,
- 3) \$2 for each emergency or minor surgical out-patient treatment,
- 4) \$6 for day care surgical services.

Additional benefits: Subsidized ambulance services.

Services de consultation externe : les soins d'urgence, les soins en chirurgie mineure, les soins en chirurgie de jour, le traitement des cancéreux non hospitalisés, les soins psychiatriques de jour et de nuit, les services de réadaptation de jour, le traitement de la toxicomanie, les services de physiothérapie, le traitement de jour pour les diabétiques et certains services de psychiatrie en clinique de consultation externe (dans les hôpitaux désignés), les services de consultation diététique, les services de cytologie exploités par la B.C. Cancer Institute et les services de dialyse rénale (dans les hôpitaux désignés); les soins de jour au Centre pour arthritiques de la Colombie-Britannique (Arthritis Centre of British Columbia) et les soins de jour pour les personnes souffrant de psoriasis à l'hôpital Shaughnessy de Vancouver, et le Victoria General Hospital de Victoria.

Services assurés hors de la province (e) :

Au Canada : Services dispensés aux malades hospitalisés : les services reçus au cours d'une absence temporaire se terminant à minuit le dernier jour du 12^e mois suivant le mois du départ de la province - une absence maximale de 12 mois, sauf disposition contraire. Les services reçus par un malade dirigé ailleurs pour des traitements avec l'approbation du sous-ministre. Services de consultation externe : services d'urgence et de chirurgie mineure pour lesquels des frais de 2 \$ sont payables par le patient; services de soins en chirurgie de jour pour lesquels des frais de 6 \$ sont payables par le patient et traitement de dialyse destiné aux malades externes sans frais imputables au patient. Scanographie.

Hors du Canada : pour les cas d'urgence ou les blessures accidentelles, un maximum de 75 \$ par jour pour les adultes ou les enfants hospitalisés, et de 33 \$ par jour pour les nouveau-nés. Pour le traitement de dialyse rénale aux personnes non hospitalisées souffrant d'insuffisance rénale chronique, la moins élevée des deux sommes suivantes : le coût réel du traitement ou 170 \$ (en devises canadiennes). (Remarque : voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

Pour les personnes admissibles qui ont obtenu l'autorisation écrite d'être hospitalisées à l'extérieur du Canada :

- les frais habituellement demandés par l'hôpital ou l'établissement fournissant les services hospitaliers, moins les frais autorisés, si les services n'étaient pas disponibles en Colombie-Britannique; ou
- un montant n'excédant pas le tarif à la journée autorisé pour un établissement équivalent en Colombie-Britannique, moins les frais autorisés, si les services étaient disponibles en Colombie-Britannique.

Frais autorisés : (Remarque : voir l'annexe sur les tarifs en vigueur.)

- a) 6,50 \$ par jour pour les soins dispensés aux malades aigus et les traitements de réadaptation dans les hôpitaux, sauf pour les nouveau-nés et les donneurs d'organes.
- b) 10,50 \$ par jour pour les adultes dans les hôpitaux de soins prolongés.
- c) 2 \$ pour tout service d'urgence ou les soins en chirurgie mineure en clinique de consultation externe.
- d) 6 \$ par jour pour les soins en chirurgie de jour.

Services assurés supplémentaires : Services subventionnés d'ambulance.

NORTHWEST TERRITORIES

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Standard benefits paid at approved rate of host province.

Outside Canada: Standard benefits paid up to Northwest Territories rate.

Additional benefits (d): Costs related to investigation, treatment, drugs, transportation, accommodation and meals available for patients of specified diseases when referred by a medical practitioner to the nearest treatment centre. Diseases covered are: cancer, tuberculosis, mental illness or chronic psychosis, cystic fibrosis, cleft lip or palate, spina bifida, diabetes mellitus, congenital anomalies and chronic diseases of the urinary system, and venereal disease (Note: coverage for venereal disease does not include travel, accommodation or meals). Pharmacare program for residents 65 years of age and older, individuals of treaty Indian and Inuit status, and persons with specified chronic diseases.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Emergency and follow-up treatment of injuries; medically necessary diagnostic radiological examinations with necessary interpretations; laboratory examinations; minor surgical procedures; physiotherapy and radiotherapy where available; certain day care surgical procedures; psychiatric and psychology services provided under an approved hospital program.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: In-patient: Standard ward rate approved for hospital by its own provincial plan. Out-patient: Same benefits as in N.W.T.

Outside Canada: Up to a maximum specified rate.

Authorized charges: none

Additional benefits: Home care program

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c) : tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c) :

Au Canada : services assurés ordinaires payés au tarif prévu par la province hôte.

Hors du Canada : services ordinaires assurés payés au tarif prévu par les Territoires du Nord-Ouest, ou moins.

Services assurés supplémentaires (d) : coûts liés aux examens, au traitement, aux médicaments, au transport, au logement et aux repas offerts aux malades atteints de certaines maladies particulières lorsqu'ils ont été adressés par un médecin au centre de traitement le plus proche. Maladies couvertes : cancer, tuberculose, troubles mentaux ou psychose chronique, fibrose kystique, bec-de-lièvre ou fente palatine, spina-bifida, diabète sucré, anomalies congénitales et maladies chroniques de l'appareil urinaire, et maladies vénériennes (Remarque : les services assurés dans le cas des maladies vénériennes ne comprennent pas les frais de déplacement, de logement ou les repas). Le Régime de médicaments prescrits (Pharmacare) pour les personnes de 65 ans et plus, les Indiens et les Inuit de plein droit, et les personnes atteintes de certaines maladies chroniques particulières.

Prime mensuelle : aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e) :

Services dispensés aux malades hospitalisés : les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe : les traitements d'urgence des blessures et leurs traitements subséquents; les examens radiologiques requis par nécessité médicale et les analyses laboratoire; les soins en chirurgie mineure; la physiothérapie et la radiothérapie quand elles sont disponibles et certains soins en chirurgie de jour; services de psychiatrie et de psychologie dispensés dans le cadre d'un programme hospitalier approuvé.

Services assurés hors de la province (e) :

Au Canada : services dispensés aux malades hospitalisés : tarif de la salle approuvé pour l'hôpital par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province. Services de consultation externe : les mêmes services assurés que ceux offerts dans les Territoires du Nord-Ouest.

Hors du Canada : jusqu'au tarif maximal spécifié.

Frais autorisés : aucun

Services assurés supplémentaires : programme de soins à domicile.

YUKON TERRITORY

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c): Insured services paid up to Yukon rate.

Additional benefits (d): Cancer program pays full cost of travel plus living expenses allowance while away from home for treatment, as well as prostheses, appliances and medical surgical supplies. Dental program for school children up to grade 8 (basic restorative and preventive services). Drug program for specific chronic diseases (e.g. cystic fibrosis). Extended health care benefits program for registered residents, 65 and over, and their spouses 60 and over, covers: medical surgical supplies (e.g. ostomy supplies); artificial limbs; hearing aids; medical equipment (e.g. wheelchairs); dental care (restorations, dentures and preventive services within limits); optometric services (refractions, frames within limits); home nursing services (limits). Medical travel costs covered to nearest Centre upon referral. Pharmacare plan covers drugs for those 65 and over and their spouses 60 and over (diabetic supplies including syringes and testing materials also covered). Speech pathology program (diagnostic and remedial), for pre-school and school age children as well as certain adults.

Premium per month (f):

Single - \$18.00. Family of 2 or more - \$25.00. Coverage depends on residency status rather than on payment of premiums. Persons 65 years of age or more, their spouses and dependants are premium-exempt.

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward rate and all approved available services.

Out-patient: Laboratory, radiological and other diagnostic procedures together with the necessary interpretations for the diagnosis and treatment of an injury, illness or disability excluding simple procedures which ordinarily form part of a physician's routine office examinations; day care surgical services.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: In-patient: Rate approved for hospital by its own provincial plan. Out-patient: Same benefits as in Territory.

TERRITOIRE DU YUKON

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c) : tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c) : services assurés payés au tarif prévu par le Yukon, ou moins.

Services assurés supplémentaires (d) : le programme d'aide aux cancéreux couvre la totalité des frais de déplacement et prévoit une allocation de subsistance pour tout séjour fait à l'extérieur pour recevoir des traitements, de même que les prothèses, et les appareils, et les fournitures médicales et chirurgicales. Programme de soins dentaires pour les élèves de la première à la huitième année (service de prévention et de restauration de base). Coût des médicaments nécessaires au traitement de maladies chroniques précises (par exemple la fibrose kystique). Le programme de soins complémentaires de santé assurés pour les résidents inscrits de 65 ans et plus et leur conjoint âgé de 60 ans et plus, couvre : les fournitures médicales et chirurgicales (par exemple les fournitures pour stomisés); les membres artificiels; les prothèses auditives; le matériel médical (par exemple fauteuil roulant); les soins dentaires (certains services de restauration, de prothèses et de prévention); les services d'optométrie (réfraction, montures sous réserve de certaines restrictions); les services de soins infirmiers à domicile (limités). Frais de déplacement en vue de recevoir un traitement médical au centre le plus proche sur recommandation d'un médecin. Le Régime d'assurance-médicaments (Pharmacare) couvre les médicaments prescrits aux personnes âgées de 65 ans et plus et leur conjoint âgé de 60 ans et plus (fournitures pour les diabétiques y compris les seringues et le matériel pour les tests). Programme d'orthophonie (diagnostic et rééducation), pour les enfants d'âge préscolaire et scolaire de même que pour certains adultes.

Prime mensuelle (f) :

Personne seule : 18 \$. Famille de 2 personnes ou plus : 25 \$. La garantie dépend de la résidence et non de l'acquittement des primes. Les personnes âgées de 65 ans et plus, leur conjoint et les personnes à leur charge, sont exemptées des primes.

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e) :

Services dispensés aux malades hospitalisés : les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe : les tests de laboratoire, les examens radiologiques et les autres services de diagnostic, ainsi que les analyses nécessaires au diagnostic et au traitement des blessures, maladies ou invalidités, à l'exclusion des examens qui font partie de l'examen général en cabinet de médecin; les soins en chirurgie de jour.

Services assurés hors de la province (e) :

Au Canada : services dispensés aux malades hospitalisés : le tarif approuvé pour l'hôpital par le régime d'assurance-hospitalisation de la province en question. Services de consultation externe : les mêmes services assurés que ceux offerts dans le Territoire du Yukon.

Outside Canada: Maximum applied as to rate.

Authorized charges: none

Additional benefits: Nursing home insured services subject to a co-insurance charge of \$24.00 per day.

Hors du Canada : le tarif maximal selon le taux.

Frais autorisés : aucun

Services assurés supplémentaires : services assurés des maisons de repos, sous réserve des frais d'une assurance conjointe de 24 \$ par jour.

NOTES:

- a) The benefits listed are: 1) those of the national health insurance programs, and 2) additional benefits which are either: i) administered by the provincial health insurance plans or ii) are administered by another agency and generally fall within the pattern of benefits which are associated with public health insurance programs. However, not included are many other health services provided by provinces other than through the health insurance system or equivalent. These other programs may be: on a universal basis (e.g. public health services, mental health services, communicable disease control); on a regional basis within a province; on an age related basis; on a disease related basis; or on a needs basis.
- b) Authorized charges are mentioned under Hospital Insurance only as there are no authorized charges for Medical Care. Extra-billing by individual practitioners above the benefit level paid by provincial medical care insurance plans is legally possible in all provinces except Quebec. The conditions under which extra-billing can occur, and the extent of such extra-billing varies from jurisdiction to jurisdiction. However, extra-billing must not impede or preclude reasonable access to insured services as required by the Medical Care Act (Canada).
- b1) This summary is intended to provide a résumé of the provincial health insurance plans as they were on January 1 of each year. A few selected changes subsequent to that date which occurred during the calendar year and which have substantially altered plan benefits, or charges to beneficiaries, have also been noted. However, other changes such as scheduled increments in authorized charges have not been recorded in the body of the summary. Substantive changes which occurred following the close of the calendar year, and certain charges current at the time of printing are contained in the addendum.
- c) These benefits are insured services as defined in the Medical Care Act (Canada), and are provided in accordance with conditions contained in the Act. (Benefits provided by a provincial plan which exceed the requirements of the Act are listed under "Additional Benefits".) All provincial medical care insurance plans are required to provide portability of coverage for the insured services of the Medical Care Program for their insured residents anywhere in the world. However, this requirement does not preclude a provincial plan from requiring prior approval from the plan before elective, non-emergency, care is obtained out-of-province.
- d) These additional benefits are provided generally on a limited basis and are not normally portable. While, strictly speaking, the federal government is not contributing under federal health insurance legislation towards the costs of these additional benefits, the provinces have considerable latitude in allocating all

NOTES:

- a) Les services assurés mentionnés sont : 1) ceux des régimes d'assurance-santé nationaux, et 2) les services assurés supplémentaires qui sont administrés soit (i) par les régimes d'assurance-maladie provinciaux, soit (ii) par un autre organisme, et qui correspondent généralement aux services assurés associés aux régimes d'assurance-maladie publics. Cependant, ne sont pas compris de nombreux autres services fournis par les provinces par un autre moyen que le régime d'assurance-maladie ou l'équivalent. Ces autres programmes peuvent être : sur une échelle universelle (par exemple, les services d'hygiène publique, les services de santé mentale, la lutte contre les maladies vénériennes; au niveau régional au sein d'une province; selon l'âge; la maladie; les besoins.
- b) Les frais autorisés sont mentionnés aux termes de l'assurance-hospitalisation seulement, parce qu'il n'y a pas de frais autorisés pour les soins médicaux. Toutefois, dans toutes les provinces, sauf au Québec, les omnipraticiens individuels sont légalement en mesure de dépasser les tarifs prévus par les régimes d'assurance-maladie provinciaux. Les conditions et l'importance de cette surfacturation varient d'un secteur de compétence à l'autre. Toutefois, le dépassement des tarifs ne doit pas entraver ou empêcher l'accès raisonnable aux services assurés prévu dans la Loi sur les soins médicaux (Canada).
- b1) Ce résumé vise à donner un aperçu des régimes d'assurance-maladie provinciaux en vigueur au 1^{er} janvier de chaque année. Quelques changements particuliers qui ont été apportés après cette date, pendant l'année civile, et qui ont eu pour effet de modifier substantiellement les services assurés en vertu du régime, ou les frais à assumer par les bénéficiaires, ont également été indiqués. Toutefois, d'autres changements tels que les augmentations prévues des tarifs autorisés n'ont pas été inclus dans le corps du résumé. Des changements importants survenus après la fin de l'année civile et certains frais en vigueur au moment d'aller sous presse se retrouvent dans l'annexe.
- c) Ces services assurés sont offerts conformément aux dispositions de la Loi sur les soins médicaux (Canada) et aux conditions afférentes. Des services additionnels dépassant les dispositions de la Loi sont offerts par les différents régimes provinciaux. Ils sont décrits sous le titre "Services assurés supplémentaires". Tous les régimes provinciaux d'assurance médicale doivent offrir à leurs résidents assurés une transférabilité de couverture partout dans le monde pour les services assurés du Programme de soins médicaux. Cette exigence n'empêche cependant pas un régime provincial de demander préalablement l'approbation du régime avant que des soins facultatifs, non urgents, soient prodigués hors de la province.
- d) Ces services supplémentaires sont généralement offerts avec certaines restrictions, et ne sont pas habituellement transférables. Bien que, strictement parlant, le gouvernement fédéral ne partage pas les coûts de ces services supplémentaires en vertu de la législation fédérale sur l'assurance-santé, les

federal contributions for health care services. These include the contributions under the Hospital Insurance and Medical Care Programs, as well as those under the Extended Health Care Services Program in respect of the cost of certain health services such as nursing home and adult residential care, home care (health aspects) and ambulatory health care services. The latter contribution is not subject to the program conditions applicable to hospital and medical care insurance. Consequently, the provinces have total flexibility in the use they make of this particular contribution. For specific details, information may be obtained from the provincial plan.

provinces jouissent d'une latitude considérable dans la répartition de toutes les contributions fédérales pour les services de santé; celles-ci comprennent les contributions en vertu des régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux, ainsi que les contributions en vertu du Programme de services complémentaires de santé, relativement au coût de certains services de santé tels que les soins en maison de repos et les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile (les services de santé) et les soins ambulatoires. Cette dernière contribution n'est pas assujettie aux conditions qui s'appliquent aux régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux. En conséquence, les provinces sont libres d'utiliser cette contribution comme elles le veulent. Pour plus de précisions, s'adresser au régime provincial en question.

- e) These benefits are provided in accordance with the terms and conditions of the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act (Canada), except for nursing home benefits (where applicable).
- f) Regular premiums only are listed. Reduced premiums and/or premium exemptions are available to residents on limited incomes. The provisions for assistance vary from province to province.
- g) Rates are for combined medical care and hospital insurance coverage. Premium exemption if member of premium unit is 65 years or more and resided for at least the previous 12 months in province.
- h) Premium exemption for basic (and for optional) coverage if member of a premium unit is 65 years or more. Eligibility for hospital insurance depends on medical care insurance status.
- i) A special fund for financing the Quebec Health Insurance Plan comprises employers' contributions amounting to 1.5% of employees' salaries and payments made by the Minister of Finance out of the provincial consolidated revenue fund, according to the requirements of the Quebec Health Insurance Board. (Increased to 3.0% April 1, 1982)
- j) In this province, the services of osteopaths are eligible as insured services under the Medical Care Act (Canada) on the same basis as the services of medical practitioners.
- e) Ces services assurés sont offerts conformément à la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques (Canada), sauf les services assurés dans les maisons de repos (le cas échéant).
- f) Seules les primes régulières sont inscrites. Les primes réduites et les exemptions de primes sont offertes aux résidents à revenu limité. Les dispositions en ce sens varient d'une province à l'autre.
- g) Les taux s'appliquent aux Programmes de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation combinés. Il y a une exemption de la prime si la personne seule ou un des membres d'une famille (2 personnes ou plus) est âgé de 65 ans ou plus et est résident de la province depuis au moins les 12 derniers mois.
- h) Il y a une exemption de la prime pour l'assurance de base (et l'assurance facultative) si la personne seule ou un des membres d'une famille (2 personnes ou plus) est âgé de 65 ans ou plus. Le droit à l'assurance-hospitalisation dépend de la situation par rapport au Régime de soins médicaux.
- i) La Régie de l'assurance-maladie du Québec est financée par le fonds de l'assurance-maladie créé au ministère des Finances et alimenté par la contribution des employeurs (1,5 p. 100 du salaire versé à un employé) à laquelle s'ajoutent des sommes versées par le ministre des Finances à même le fonds consolidé du revenu et selon les besoins de la Régie. (La contribution est portée à 3,0 p. 100 à partir du 1^{er} avril 1982.)
- j) Dans cette province, les services des ostéopathes peuvent être considérés comme étant des services assurés en vertu de la Loi fédérale sur les soins médicaux au même titre que les services des médecins.

ADDENDUM

Current Premiums and Authorized Charges

This addendum lists current premiums and authorized charges at time of printing. Provinces not mentioned in the addendum either have a) no such charges or b) have not had a change in premiums or authorized charges since the January 1, 1982 date of the Summary.

NEWFOUNDLAND

Authorized charges: Standard ward charge increased to \$5.00/day and limit raised to \$75.00 effective May, 1982. New charge introduced March 1, 1983, hospitals may levy a charge up to a maximum of \$20.00/day to patients who remain in hospital after medical discharge.

NEW BRUNSWICK

Authorized charges: Increased to \$13.70/day effective April 1, 1982.

QUEBEC

Authorized charges: Increased to \$13.71/day effective January 1, 1983.

ONTARIO:

Premiums: Rates increased effective benefit month October, 1982 to \$27.00 single and \$54.00 family of two or more.

Authorized charges: Quarterly increases to \$13.45 February 1, 1982; \$13.80 May 1, 1982; \$14.25 August 1, 1982; \$14.72 November 1, 1982; and \$15.00 February 1, 1983.

Additional benefits: Ambulance services copayment charge increased to \$21.00.

MANITOBA

Authorized charges/Additional benefits: Charge for those awaiting placement and those in Personal Care Homes increased to \$11.35 April 1, 1982; \$11.65 July 1, 1982; \$12.00 November 1, 1982; and \$12.35 February 1, 1983.

ALBERTA

Premiums: Rates will increase effective July 1, 1983 to \$14.00 for a single person and \$28.00 for a family of two or more.

Authorized charges/Auxiliary Hospitals: Charge increased to \$8.00/day effective April 1, 1982.

BRITISH COLUMBIA

Premiums: Rates increased effective April 1, 1982 to \$15.00 for a single person, \$28.00 for two persons, and \$32.00 for a family of three or more persons.

Hospital Insurance

Out-of-province benefits/Within Canada: Out-patient: Emergency services and minor surgery charge increased to \$4.00 and day care surgical services increased to \$7.00, both effective April 1, 1982.

ANNEXE

Primes en vigueur et frais autorisés

On trouvera dans cette annexe une liste des primes exigées et des frais autorisés au moment d'aller sous presse. Les provinces qui ne sont pas mentionnées dans cette annexe soit a) n'exigent pas de tels frais ou b) n'ont pas modifié les primes ou les frais autorisés depuis le 1^{er} janvier 1982, date à laquelle a été rédigé le résumé.

TERRE-NEUVE

Frais autorisés : le tarif standard de journée en salle a été porté à 5 \$ par jour, et le plafond est fixé à 75 \$ à partir du mois de mai 1982. Nouveaux frais en vigueur depuis le 1^{er} mars 1983 : les hôpitaux peuvent exiger des frais jusqu'à concurrence de 20 \$ par jour dans le cas des malades qui demeurent à l'hôpital après avoir obtenu leur congé du médecin.

NOUVEAU-BRUNSWICK

Frais autorisés : portés à 13,70 \$ par jour à partir du 1^{er} avril 1982.

QUÉBEC

Frais autorisés : portés à 13,71 \$ par jour à partir du 1^{er} janvier 1983.

ONTARIO

Prime : le tarif des primes mensuelles est passé à partir du mois d'octobre 1982 à 27 \$ pour une personne seule et à 54 \$ pour une famille de deux personnes ou plus.

Frais autorisés : augmentations trimestrielles portant les frais à 13,45 \$ à partir du 1^{er} février 1982; à 13,80 \$ à partir du 1^{er} mai 1982; à 14,25 \$ au 1^{er} août 1982; à 14,72 \$ au 1^{er} novembre 1982; et à 15 \$ au 1^{er} février 1983.

Services assurés supplémentaires : le copaiement des services d'ambulance a été porté à 21 \$.

MANITOBA

Frais autorisés/services assurés supplémentaires : les frais exigés des personnes attendant d'être placées en établissement et des personnes résidant dans des maisons de santé ont été portés à 11,35 \$ à partir du 1^{er} avril 1982; 11,65 \$ à partir du 1^{er} juillet 1982; 12 \$ à partir du 1^{er} novembre 1982; et 12,35 \$ à partir du 1^{er} février 1983.

ALBERTA

Primes : le 1^{er} juillet 1983, le tarif passera à 14 \$ pour une personne seule et à 28 \$ pour une famille de deux personnes ou plus.

Frais autorisés/hôpitaux auxiliaires : frais portés à 8 \$ par jour à partir du 1^{er} avril 1982.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Primes : à partir du 1^{er} avril 1982, tarif porté à 15 \$ pour une personne seule, à 28 \$ pour deux personnes et à 32 \$ pour une famille de trois personnes ou plus.

Assurance-hospitalisation

Services assurés hors de la province/Au Canada : services de consultation externe ; le tarif pour les services d'urgence et de chirurgie mineure a été porté à 4 \$ et le tarif des services de soins en chirurgie de jour est passé à 7 \$ à partir du 1^{er} avril 1982.

Outside Canada: Rates for newborns increased to \$36.00/day and limit for out-patient dialysis for chronic renal failure raised to \$230.00.

Authorized Charges: Effective April 1, 1982 charges increased to: \$7.50/day acute and rehabilitative care in hospitals; \$11.50/day adults in extended care hospitals; \$4.00 per emergency or minor surgical out-patient treatment; and \$7.00 for day care surgical services.

Hors du Canada : pour les nouveau-nés le tarif a été porté à 36 \$ par jour, et le plafond fixé pour la dialyse en consultation externe dans les cas d'insuffisance rénale chronique est passé à 230 \$.

Frais autorisés : À partir du 1^{er} avril 1982, les frais sont passés à : 7,50 \$ par jour dans les hôpitaux de soins de courte durée et pour les services de réadaptation médicale dans les hôpitaux; 11,50 \$ par jour pour les adultes dans les hôpitaux de soins prolongés; 4 \$ pour tout service d'urgence ou soins en chirurgie mineure en service de consultation externe; et 7 \$ pour les services de chirurgie de jour.

Health Insurance Directorate
Health Services and Promotion Branch
Health and Welfare Canada

February, 1983

Direction de l'assurance-santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada

Février 1983

Plan Addresses**Adresses des Régimes****Newfoundland**

Medical Care

Newfoundland Medical Care
Commission,
Elizabeth Towers,
Elizabeth Avenue,
St. John's, Newfoundland.
A1C 5J3

Hospital Insurance

Hospital Services Division,
Department of Health,
Confederation Building,
P.O. Box 4750,
St. John's, Newfoundland.
A1C 5T7

Prince Edward Island

Medical Care

Health Services Commission,
P.O. Box 4500,
Charlottetown, P.E.I.
C1A 7P4

Hospital Insurance

Hospital Services Commission
P.O. Box 4500,
Charlottetown, P.E.I.
C1A 7P4

Nova Scotia

Medical Care

Health Services and Insurance Commission,
Joseph Horne Building,
Corner Prince & Hollis Street,
P.O. Box 760,
Halifax, Nova Scotia.
B3J 2V2

Hospital Insurance

Department of Health,
Joseph Horne Building,
Corner Prince & Hollis Streets,
P.O. Box 488,
Halifax, Nova Scotia.
B3J 2R8

New Brunswick

Medical Care

Department of Health,
Medicare,
P.O. Box 5100,
Fredericton, New Brunswick.
E3B 5G8

Hospital Insurance

Department of Health,
Insured Services Division,
P.O. Box 6000,
Fredericton, New Brunswick.
E3B 5G8

Québec

Medical Care

Quebec Health Insurance Board,
P.O. Box 6600,
Quebec, Quebec.
G1K 7T3

Terre-Neuve

Soins médicaux

Newfoundland Medical Care Commission
Elizabeth Towers
Avenue Elizabeth
St. John's (Terre-Neuve)
A1C 5J3

Assurance-hospitalisation

Hospital Services Division
Department of Health
Confederation Building
C.P. 4750
St. John's (Terre-Neuve)
A1C 5T7

Île-du-Prince-Édouard

Soins médicaux

Health Services Commission
C.P. 4500
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 7P4

Assurance-hospitalisation

Hospital Services Commission
C.P. 4500
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 7P4

Nouvelle-Écosse

Soins médicaux

Health Services and Insurance Commission
Joseph Horne Building
Angle des rues Prince et Hollis
C.P. 760
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3J 2V2

Assurance-hospitalisation

Ministère de la Santé
Joseph Horne Building
Angle des rues Prince et Hollis
C.P. 488
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3J 2R8

Nouveau-Brunswick

Soins médicaux

Ministère de la Santé
Assurance-santé
C.P. 5100
Frédéricton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8

Assurance-hospitalisation

Ministère de la Santé
Division des services assurés
C.P. 6000
Frédéricton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8

Québec

Soins médicaux

Régie de l'assurance-maladie du Québec
C.P. 6600
Québec (Québec)
G1K 7T3

Hospital Insurance

Department of Social Affairs,
Joffre Building,
1075 chemin Ste-Foy,
Quebec, Quebec.
G1A 1B9

Ontario

Ontario Health Insurance Plan - (Medical Care and Hospital Insurance)

HEAD OFFICE
General Manager,
Ontario Health Insurance Plan,
MacDonald-Cartier Building,
49 Place d'Armes,
P.O. Box 48,
Kingston, Ontario.
K7L 5J3

HAMILTON KINGSTON
119 King St. W., 1055 Princess St.,
P.O. Box 2112, P.O. Box 9000,
Hamilton, Ontario. Kingston, Ontario.
L8N 3Z9 K7L 5A9

LONDON MISSISSAUGA
227 Queens Ave., 201 City Centre Dr.,
P.O. Box 5700, P.O. Box 7020,
Terminal A, Station "A",
London, Ontario. Mississauga, Ontario.
N6A 4L6 L5A 3M1

OSHAWA OTTAWA
44 Bond St. W., 75 Albert St.,
P.O. Box 617, Ottawa, Ontario.
Oshawa, Ontario. K1P 5Y9
L1H 7R1

SUDSBURY THUNDER BAY
199 Larch St., 435 James St. S.,
8th Floor, Thunder Bay,
Sudbury, Ontario. Ontario.
P3E 5R1 P7E 6E3

TORONTO
2195 Yonge St.,
P.O. Box 1700,
Terminal A,
Toronto, Ontario.
M5W 1G9

The above district offices undertake registration and claims processing. Information offices are also located at Barrie, Kenora, Kitchener, Peterborough, Owen Sound, St. Catharines, Sault Ste Marie, Sarnia, Timmins and Windsor.

Manitoba

Medical Care

Manitoba Health Services Commission,
P.O. Box 925
599 Empress Street,
Winnipeg, Manitoba.
R3C 2T6

Hospital Insurance

Manitoba Health Services Commission,
P.O. Box 925
599 Empress Street,
Winnipeg, Manitoba.
R3C 2T6

Assurance-hospitalisation

Ministère des Affaires sociales
Édifice Joffre
1075, chemin Ste-Foy
Québec (Québec)
G1A 1B9

Ontario

Régime d'assurance-maladie de l'Ontario -
(les soins médicaux et l'assurance-
hospitalisation)

SIÈGE SOCIAL
Gérant général
Régime d'assurance-maladie de l'Ontario
MacDonald-Cartier Building
49 Place d'Armes
C.P. 48
Kingston (Ontario)
K7L 5J3

HAMILTON KINGSTON
119, rue King 1055, rue Princess
C.P. 2112 C.P. 9000
Hamilton, (Ontario) Kingston (Ontario)
L8N 3Z9 K7L 5A9

LONDON MISSISSAUGA
227, av. Queens 201, promenade City
C.P. 5700 Centre
Succursale A C.P. 7020
London (Ontario) Succursale A
N6A 4L6 Mississauga (Ontario)
L5A 3M1

OSHAWA OTTAWA
44, rue Bond ouest 75, rue Albert
Oshawa (Ontario) Ottawa, Ontario
L1H 7R1 K1P 5Y9

SUDSBURY THUNDER BAY
199, rue Larch 435, rue James sud
Huitième étage C.P. 5000
Sudbury, (Ontario) Thunder Bay (Ontario)
P3E 5R1 P7E 6E3

TORONTO
2195, rue Yonge
C.P. 1700
Succursale A
Toronto (Ontario)
M5W 1G9

Les bureaux régionaux ci-dessus se chargent de recevoir les inscriptions et de donner suite aux demandes d'indemnité. Il existe également des bureaux d'information à Barrie, à Kenora, à Kitchener, à Owen Sound, à Peterborough, à St. Catharines, à Sarnia, à Sault-Ste-Marie, à Timmins et à Windsor.

Manitoba

Soins médicaux

Manitoba Health Services Commission
C.P. 925
599, rue Empress
Winnipeg, (Manitoba)
R3C 2T6

Assurance-hospitalisation

Manitoba Health Services Commission
C.P. 925
599, rue Empress
Winnipeg, (Manitoba)
R3C 2T6

Saskatchewan

Medical Care

Saskatchewan Medical Care Insurance
Commission,
T.C. Douglas Building,
3475 Albert Street,
Regina, Saskatchewan.
S4S 6X6

Hospital Insurance

Saskatchewan Hospital Services Plan,
T.C. Douglas Building,
3475 Albert Street,
Regina, Saskatchewan.
S4S 6X6

Alberta

Medical Care

Department of Hospitals
and Medical Care,
Alberta Health Care Insurance Plan,
118th Avenue and Groat Road,
P.O. Box 1360,
Edmonton, Alberta.
T5J 2N3

or

Department of Hospitals
and Medical Care,
Alberta Health Care Insurance Plan,
Crosslands Building,
629B - 7th Avenue S.W.,
Calgary, Alberta.
T2P 0Y9

Hospital Insurance

Department of Hospitals
and Medical Care,
P.O. Box 2222,
11010 - 101st St.,
Edmonton, Alberta.
T5J 2P4

British Columbia

Medical Care

Medical Services Commission,
1515 Blanshard Street,
P.O. Box 1600,
Victoria, British Columbia.
V8W 2X9
Insurance contract may be obtained from
the Medical Services Plan of British
Colombia at the above address.

Hospital Insurance

Hospital Programs,
Ministry of Health,
Parliament Buildings,
Victoria, British Columbia.
V8W 3C8

Northwest Territories

Medical Care

N.W.T. Health Care Plan,
Government of the N.W.T.,
Precambrian Building,
Yellowknife, N.W.T.
X1A 2L9

Saskatchewan

Soins médicaux

Saskatchewan Medical Care Insurance
Commission
T.C. Douglas Building
3475, rue Albert
Regina (Saskatchewan)
S4S 6X6

Assurance-hospitalisation

Saskatchewan Hospital Services Plan
T.C. Douglas Building
3475, rue Albert
Regina (Saskatchewan)
S4S 6X6

Alberta

Soins médicaux

Department of Hospitals and Medical Care
Alberta Health Care Insurance Plan
C.P. 1360
118^e avenue et chemin Groat
Edmonton (Alberta)
T5J 2N3

ou

Department of Hospitals and Medical Care
Alberta Health Care Insurance Plan
Crosslands Building
629B, 7^e avenue sud-ouest
Calgary (Alberta)
T2P 0Y9

Assurance-hospitalisation

Department of Hospitals and Medical Care
C.P. 2222
11010 - 101^e rue
Edmonton (Alberta)
T5J 2P4

Colombie-Britannique

Soins médicaux

Medical Services Commission
1515, rue Blanshard
C.P. 1600
Victoria, (Colombie-Britannique)
V8W 2X9
Pour obtenir un contrat d'assurance,
s'adresser au Medical Services Plan of
British Columbia à l'adresse mentionnée
ci-haut.

Assurance-hospitalisation

Hospital Programs
Ministry of Health
Parliament Buildings
Victoria (Colombie-Britannique)
V8W 3C8

Territoires du Nord-Ouest

Soins médicaux

N.W.T. Health Care Plan
Gouvernement des Territoires du
Nord-Ouest
Precambrian Building
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9

Hospital Insurance

N.W.T. Health Care Plan,
Government of the N.W.T.,
Precambrian Building
Yellowknife, N.W.T.
X1A 2L9

Yukon

Medical Care

Yukon Health Care Insurance Plan,
P.O. Box 2703,
Whitehorse, Yukon.
Y1A 2C6

Hospital Insurance

Yukon Hospital Insurance Services,
P.O. Box 2703,
Whitehorse, Yukon.
Y1A 2C6

Assurance-hospitalisation

N.W.T. Health Care Plan
Gouvernement des Territoires du
Nord-Ouest
Precambrian Building
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9

Territoires du Yukon

Soins médicaux

Yukon Health Care Insurance Plan
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon)
Y1A 2C6

Assurance-hospitalisation

Yukon Hospital Insurance Services
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon)
Y1A 2C6





Health and Welfare
Canada

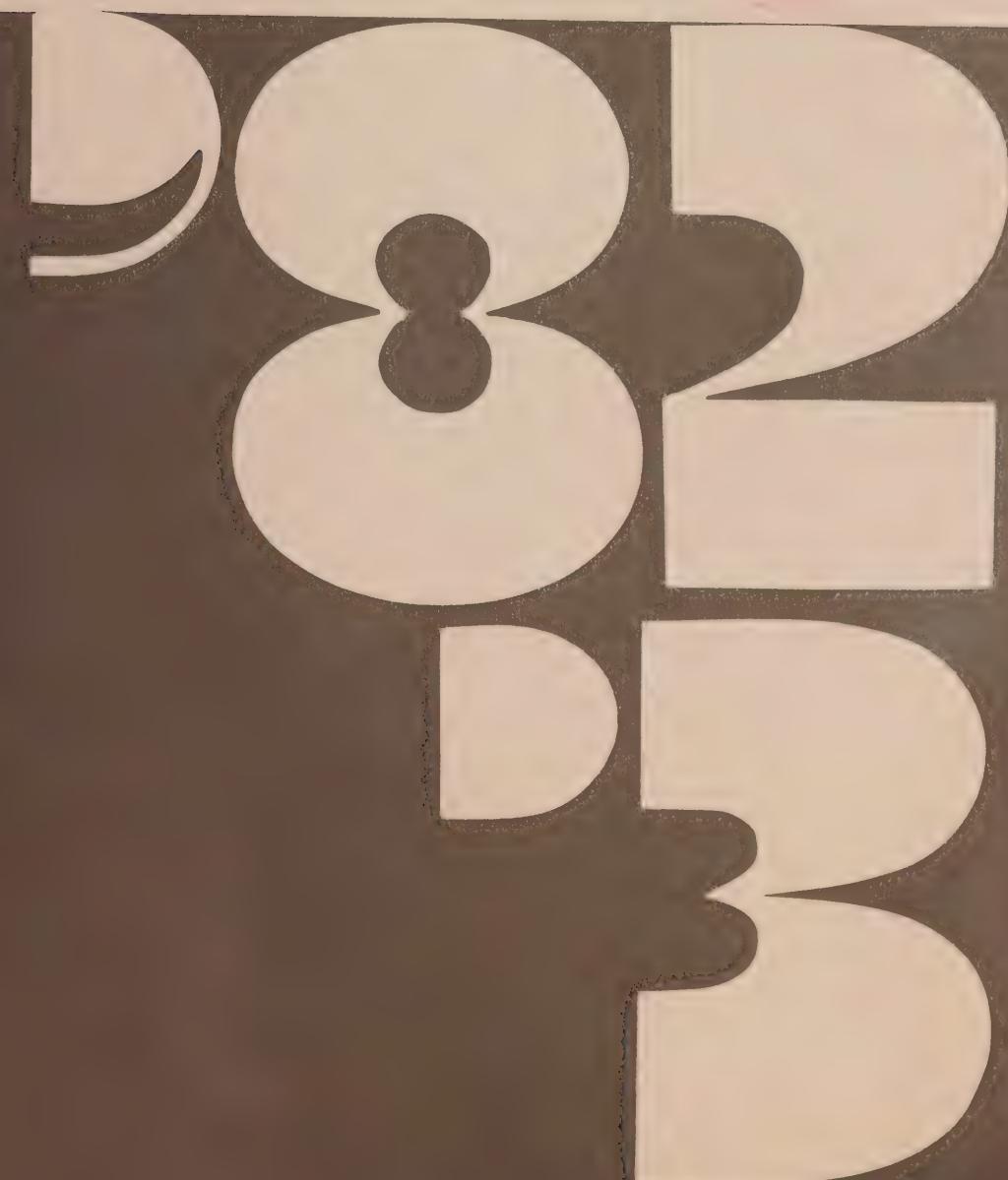
Santé et Bien-être social
Canada

Canada

CAI
HW
-A554

Medical Care Annual Report

Soins médicaux Rapport annuel



Her Excellency the Right Honourable
Jeanne Sauvé, Governor General and
Commander-in-Chief of Canada.

MAY IT PLEASE YOUR EXCELLENCE:

The undersigned has the honour to present to your Excellency the Annual Report respecting operations of the Medical Care Act for the fiscal year ended March 31, 1983.

Respectfully submitted,

 
Jake Epp,
Minister of National Health and Welfare

Son Excellence la très honorable
Jeanne Sauvé, Gouverneur général et
Commandant en chef du Canada.

QU'IL PLAISE À VOTRE EXCELLENCE,

J'ai l'honneur de présenter à Votre Excellence le Rapport annuel sur l'application de la Loi sur les soins médicaux pour l'année financière terminée le 31 mars 1983.

Je vous prie d'agréer, Madame le Gouverneur général, l'assurance de mon profond respect.

 
Jake Epp
Ministre de la Santé nationale et du
Bien-être social

©Minister of Supply and Services Canada 1986
Cat. No. H75-9/1983
ISBN 0-662-54516-8

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1986
N° de cat. H75-9/1983
ISBN 0-662-54516-8

Annual Report of the Minister of National Health and Welfare respecting operations of the Medical Care Act for the fiscal year ended March 31, 1983.

This is the fifteenth report to Parliament, made in accordance with Section 9 of the Medical Care Act.

Program Description

The Medical Care Act (Chapter M-8, R.S.C., 1970) received Royal Assent on December 21, 1966. In keeping with a recommendation from the Royal Commission on Health Services in 1964, the Act established a grant-in-aid program whereby the federal government is empowered to make financial contributions to those provinces* which operate medical care insurance plans meeting certain minimum criteria. These criteria are embodied in the Act and require the provincial plans to have the following characteristics:

- 1. Comprehensive coverage** for all medically required services rendered by a physician or surgeon. There can be no dollar limit or exclusion except on the grounds that the services are not medically required. Certain surgical-dental services rendered by dental surgeons in hospitals were added as benefits effective July 1, 1968.
- 2. Reasonable access to insured services by insured persons.** The benefit coverage must be administered in such a way that there will be no impediment or preclusion through financial charges or otherwise to an insured person receiving necessary medical care.
- 3. Universal coverage** available to all eligible residents of a participating province on uniform terms and conditions and covering, in addition, at least 95 per cent of the total eligible population. This ensures access to coverage by all residents and prevents premium discrimination on account of previous health status, age, non-membership in a group or other consideration. At the same time, subsidization in whole or in part for certain age groups or low-income groups is permitted if a plan is financed by means of a premium system, provided all qualifying residents are

Rapport annuel du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social sur l'application de la Loi sur les soins médicaux pour l'année financière terminée le 31 mars 1983.

Le présent rapport, établi conformément à l'Article 9 de la Loi sur les soins médicaux, est le quinzième présenté au Parlement.

Description du programme

La Loi sur les soins médicaux (Chapitre M-8, S.R.C., 1970) a reçu la sanction royale le 21 décembre 1966. Conformément aux propositions de la Commission royale sur les services de santé de 1964, la loi a établi un programme de subventions aux termes duquel le gouvernement fédéral a le pouvoir d'accorder, selon certains critères minimaux, une aide financière aux provinces* appliquant un régime de soins médicaux. Ces critères sont incorporés dans la loi et obligent les régimes provinciaux à posséder les caractéristiques suivantes:

- 1. La garantie tous risques** couvrant tous les services nécessaires dispensés par un médecin ou par un chirurgien. Ce critère n'admet aucune limite monétaire ni exclusion, à moins que les services ne s'imposent pas du point de vue médical. Depuis le 1er juillet 1968, certains services de chirurgie dentaire dispensés dans les hôpitaux par des chirurgiens-dentistes sont également prévus.
- 2. L'accès raisonnable des personnes assurées aux services assurés.** L'accès aux services assurés ne doit pas être entravé par des frais d'utilisation excessifs ou d'autres dispositions.
- 3. L'application universelle** de la garantie à tous les résidents assurables de la province participante, selon des conditions uniformes, et couvrant au moins 95 p. 100 de la population assurable. Cela permet de garantir l'accès à tous les résidents et d'éviter la discrimination en matière de primes, qu'elle soit fondée sur la santé, l'âge, la non-appartenance à un groupe ou tout autre motif. En outre, si le régime est financé par un système de primes, l'autorité provinciale peut subventionner, en totalité ou en partie, certains groupes d'âge ou des groupes

* The term "provinces" includes the territories unless otherwise specified.

* Le terme "provinces" comprend les territoires sauf indication contraire.

treated equally. Eligibility as a beneficiary is not related to employment insurance groups and, consequently, coverage is not lost when an individual changes jobs.

4. **Portability of benefits** when beneficiaries are temporarily absent from their own province or when moving from one participating province to another.
5. **Administration on a non-profit basis** by a public authority which is accountable to the provincial government for its financial transactions.

Federal financial contributions to participating provinces became payable from July 1, 1968, and, originally, were based on half of the national per capita cost of the insured services of the national program, multiplied by the number of insured persons in each province. As a result of a 1976 amendment to the Medical Care Act, the 1976-77 per capita contribution was limited to 113 per cent of the 1975-76 per capita contribution. This ceiling marginally reduced the level of the federal contribution below 50 per cent of the national per capita cost of insured services for that year. New financial arrangements came into effect April 1, 1977, and are discussed later in this report under the heading "Description of Financing Arrangements".

The Medical Care Act excludes from the insurable population of a province members of the Canadian Armed Forces, Royal Canadian Mounted Police and persons serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the Penitentiary Act. These exclusions amount to less than 0.5 per cent of the total population.

Medically required services furnished by medical practitioners to otherwise insurable and/or insured residents of a participating province who are eligible and entitled to receive insured services under any other Act of the Parliament of Canada or under any law of a province relating to workers' compensation are not insured services under the Medical Care Act. For example, war veterans entitled to medical care under other federal legislation are excluded from the benefit coverage of the Medical Care Act insofar as their compensable disability is concerned. The relevant federal statutes are as follows:

Aeronautics Act
Civilian War Pensions and Allowances Act

économiquement faibles, à condition que tous les résidents ayant droit à la garantie soient traités équitablement. Le droit à la garantie n'est pas lié à une assurance collective par groupes d'employés, et par conséquent, le changement d'emploi n'entraîne aucune suspension de la garantie.

4. **La transférabilité des prestations** lorsque le bénéficiaire s'absente temporairement de sa province ou déménage dans une autre province participante.
5. **L'administration sans but lucratif** assurée par un organisme public, responsable de ses opérations financières devant le gouvernement provincial.

Les contributions fédérales ont commencé d'être versées aux provinces participantes le 1er juillet 1968 et, à l'origine, étaient fondées sur la moitié du coût national par habitant des services assurés par le programme national, multipliée par le nombre de personnes assurées dans chaque province. Par suite d'une modification apportée en 1976 à la Loi sur les soins médicaux, la contribution par habitant pour 1976-1977 a été limitée à 113 p. 100 de celle versée pour 1975-1976. Ce plafond a légèrement réduit le niveau de la contribution fédérale à moins de 50 p. 100 du coût national par habitant des services assurés pour l'année en question. De nouveaux accords financiers sont entrés en vigueur le 1er avril 1977 et ceux-ci sont examinés sous la rubrique "Description des accords de financement".

La Loi sur les soins médicaux exclut de la population assurable d'une province les membres des Forces armées canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, selon la définition qu'en donne la Loi sur les pénitenciers. Le nombre des personnes exclues représente moins de 0,5 p. 100 de la population globale.

Les services médicaux fournis par un médecin aux résidents assurables d'une province participante, qui ont droit aux services assurés en vertu de toute autre loi du Parlement canadien ou de toute loi provinciale portant sur l'indemnisation des accidentés du travail ne sont pas des services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux. Par exemple, les anciens combattants ayant droit aux soins médicaux en vertu d'autres lois fédérales sont exclus de la garantie prévue par la Loi sur les soins médicaux en ce qui concerne une affection imputable au service de guerre pour laquelle ils sont déjà indemnisés. Les lois fédérales en question sont les suivantes:

Loi sur l'aéronautique
Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils

Government Employees Compensation Act

Merchant Seamen Compensation Act
 National Defence Act
 Penitentiary Act
 Pension Act
 Royal Canadian Mounted Police Act
 Royal Canadian Mounted Police Pension Continuation Act
 Royal Canadian Mounted Police Superannuation Act
 Veterans Rehabilitation Act

Coverage is automatic for eligible residents in most provinces except in Ontario, British Columbia and Alberta, subject to any registration requirements being met. In Ontario, coverage is mandatory for persons employed where there are 15 or more persons on the payroll, it occurs at the discretion of the employer where there are between six to 14 employees, while coverage is voluntary for the remainder of the population. In Alberta, persons may "opt out" on a yearly basis, but such an election must be for both the provincial hospital insurance and medical care plans. British Columbia has a voluntary plan.

Virtually 100 per cent of the residents of Canada who were eligible for coverage under the Medical Care Program through the various provincial plans were insured in 1982-83.

This is the eleventh fiscal year in which medical care insurance plans were in effect in all jurisdictions. The provincial plans have been operational for at least twelve years and in most instances for thirteen or fourteen years.

The dates of entry of the provincial plans were as follows:

Newfoundland	April 1, 1969
Prince Edward Island	December 1, 1970
Nova Scotia	April 1, 1969
New Brunswick	January 1, 1971
Quebec	November 1, 1970
Ontario	October 1, 1969
Manitoba	April 1, 1969
Saskatchewan	July 1, 1968
Alberta	July 1, 1969
British Columbia	July 1, 1968
Yukon	April 1, 1972
Northwest Territories	April 1, 1971

Description of Financing Arrangements

Late in 1976, the provinces and the federal government agreed to new financing arrangements for medical care. This agreement was embodied

Loi sur l'indemnisation des employés de l'état
 Loi sur l'indemnisation des marins marchands
 Loi sur la défense nationale
 Loi sur les pénitenciers
 Loi sur les pensions
 Loi sur la Gendarmerie royale du Canada
 Loi sur la continuation des pensions de la Gendarmerie royale du Canada
 Loi sur la pension de retraite de la Gendarmerie royale du Canada
 Loi sur la réadaptation des anciens combattants

Dans la plupart des provinces, sauf en Ontario, en Colombie-Britannique et en Alberta, sous réserve que toute condition d'enregistrement soit remplie, les résidents qui ont droit aux soins sont couverts d'office. En Ontario, lorsqu'il y a 15 personnes ou plus inscrites aux listes de paye, les employés du service en question sont couverts obligatoirement, c'est à la discrétion de l'employeur, où il y a entre six à 14 employés, l'assurance est facultative pour le reste de la population. En Alberta, un particulier peut se retirer du régime à la fin de chaque année, mais une telle décision l'oblige à renoncer à la fois au régime provincial d'assurance-hospitalisation et au régime provincial de soins médicaux. La Colombie-Britannique offre un régime volontaire.

En 1982-1983, des résidents canadiens ayant droit aux services assurés du Programme de soins médicaux par l'entremise des différents régimes provinciaux, presque tous ont bénéficié de la garantie.

La présente marque la onzième année financière où il existe un régime de soins médicaux dans toutes les provinces. Les régimes provinciaux sont appliqués depuis au moins douze ans et, dans la plupart des cas, depuis treize ou quatorze ans.

Les régimes provinciaux se sont joints au programme fédéral aux dates suivantes:

Terre-Neuve	1er avril 1969
Île-du-Prince-Édouard	1er décembre 1970
Nouvelle-Écosse	1er avril 1969
Nouveau-Brunswick	1er janvier 1971
Québec	1er novembre 1970
Ontario	1er octobre 1969
Manitoba	1er avril 1969
Saskatchewan	1er juillet 1968
Alberta	1er juillet 1969
Colombie-Britannique	1er juillet 1968
Yukon	1er avril 1972
Territoires du Nord-Ouest	1er avril 1971

Description des accords de financement

À la fin de 1976, les provinces et le gouvernement fédéral ont conclu de nouvelles ententes financières pour l'assurance de soins

in the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977 (FPFA/EPF Act).

Commencing April 1, 1977, federal contributions to the provinces with respect to the "established" programs of hospital insurance, medical care and post-secondary education, are no longer tied to provincial costs on the basis of cost-sharing formulae but take the form of a block fund that includes a transfer of tax points to the provinces, plus the associated fiscal equalization, in addition to cash payments.

The Established Programs Financing (EPF) provisions in the legislation contain the formula for calculating federal contributions to the provinces. Provincial entitlements are based on the escalated value of the per capita federal contributions in the 1975-76 base year, times a province's population. The escalator for this purpose is a three-year compound moving average of nominal growth of Gross National Product per capita. The EPF legislation was amended in 1982 to eliminate the compensation for termination of the 1972 Revenue Guarantee Program; this compensation has been built into the original (1977) EPF formula.

An individual province's cash contribution from the federal government in respect of the three previously cost-shared programs is equal to the difference between its total entitlement and the estimated value, for that province, of 13.5 points of personal income tax, 1.0 point of corporate income tax and, the fiscal equalization associated with these tax transfers¹.

The Minister of Finance allocates the total federal cash contribution to each province among the three "established" programs on the basis of the national proportions in the 1975-76 base year, with 17.4 per cent going towards the medical care program.

The allocated cash contributions for the health programs are deemed to be the contributions payable under the Hospital Insurance and Diagnostic Services and the Medical Care Acts. The cash contributions are payable by the Minister of National Health and Welfare who is responsible to Parliament for ensuring that the

-
1. The province of Quebec receives a special unequalized abatement of 8.5 personal income tax points for hospital insurance, medical care and post-secondary education. The value of this additional tax transfer reduces the amount of Quebec's cash contribution.

médicaux. Ces ententes furent incorporées dans la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis.

Depuis le 1^{er} avril 1977, les contributions fédérales versées aux provinces relativement aux programmes établis d'assurance-hospitalisation, de soins médicaux et d'études postsecondaires ne sont plus liées aux frais provinciaux selon la formule du partage des coûts: elles prennent plutôt la forme d'un financement global qui comprend un transfert de points fiscaux aux provinces, plus la péréquation fiscale qui s'y rattache, ainsi que des versements en espèces.

Les formules utilisées dans le calcul des contributions fédérales annuelles versées aux provinces sont énoncées dans la Loi sur le financement des programmes établis. Les droits des provinces sont basés sur la valeur relevée des contributions fédérales par habitant au cours de l'année de base 1975-1976, multipliée par la population provinciale. Le facteur de progression en question consiste en une moyenne mobile calculée sur une période de trois ans du taux nominal d'accroissement du Produit national brut par habitant. La Loi sur le financement des programmes établis a été modifiée en 1982 afin d'éliminer les indemnités versées pour compenser la fin du Programme de revenus garantis. Cette compensation était partie intégrante de la formule originale inclue dans la Loi de 1977 sur le financement des programmes établis.

La contribution en espèces que le gouvernement fédéral verse à chaque province au titre des trois programmes établis est maintenant égale à la différence entre les droits totaux de chaque province et la valeur de 13,5 points d'impôts sur le revenu des particuliers, un point d'impôt sur le revenu des sociétés, ainsi que la péréquation fiscale associée à ces transferts fiscaux¹.

Le ministre des Finances répartit la contribution fédérale totale en espèces accordée à chaque province entre les trois programmes établis en fonction du prorata national pour l'année de base 1975-1976, 17,4 p. 100 étant alloué pour le programme de soins médicaux.

Les contributions en espèces affectées aux programmes de santé sont considérées comme étant payables en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et de la Loi sur les soins médicaux. Ces contributions en espèces doivent être versées par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être

-
1. La province de Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points fiscaux sur le revenu des particuliers non-assujettis à la péréquation pour l'assurance-hospitalisation, les soins médicaux et les études postsecondaires. La valeur de ce transfert fiscal additionnel réduit le montant de la contribution en espèces versée au Québec.

provincial plans continue to meet the program criteria of the federal health insurance legislation respecting such matters as the comprehensiveness of insured services covered, universality of population covered, reasonable access to insured services without impediment by way of user charges or otherwise, portability, adequate standards of care and public administration on a non-profit basis. Under these financial arrangements, provinces now have greater flexibility in the use of their own funds and the federal contributions than that which pertained under direct cost sharing.

Also, under the EPF Act, as of April 1, 1977, the federal government is making additional equal per capita cash contributions to the provinces towards the cost of extended health care services not covered by the Medical Care and Hospital Insurance Programs. These services are: nursing home intermediate care, adult residential care, converted mental hospitals, home care (health aspects), and ambulatory health care services. The extended health care services contribution is estimated at \$33.72 per capita or \$830,695,000 overall for 1982-83, and is subject to yearly escalation in the same manner as the basic cash contributions. The only condition of payment of the extended health care services program is that the provinces furnish to the Minister of National Health and Welfare such information as is reasonably required by Canada to carry out its international obligations, for the planning and achieving of national standards, and for mutually useful exchanges of information between Canada and the provinces in relation to health care.

Program Changes and Developments

Following the findings and recommendations of Mr. Justice Hall in his 1980 report "Canada's National-Provincial Health Program for the 1980's" and those of the all-party federal Parliamentary Task Force on Federal-Provincial Fiscal Arrangements which reported in August 1981, the federal government prepared a series of proposals on national criteria for insured health care. The Minister of National Health and Welfare presented these proposals at a conference of health ministers in the spring of 1982. The proposals included the suggestion that these criteria be incorporated in new federal health legislation, the "Canada Health Act", which would replace the Hospital Insurance

social qui est chargé par le Parlement de s'assurer que les régimes provinciaux continuent de satisfaire aux critères de la Loi fédérale sur l'assurance-santé concernant des points comme la garantie tous risques des services assurés couverts, l'application universelle de la garantie à tous les résidents assurables, l'accès raisonnable aux services assurés sans qu'il soit entravé par des frais d'utilisation excessifs ou d'autres dispositions, la transférabilité des prestations, des normes suffisantes en matière de soins, et l'administration sans but lucratif assurée par un organisme public. En vertu des nouveaux accords financiers, les provinces jouissent maintenant d'une plus grande souplesse quant à l'utilisation de leurs propres fonds et des contributions fédérales que dans le contexte du partage direct des frais.

De plus, en vertu de la Loi sur le financement des programmes établis, le gouvernement fédéral verse aux provinces, depuis le 1^{er} avril 1977, des contributions supplémentaires en espèces, soit une somme équivalente pour chacune de celles-ci, calculée selon une formule par habitant, afin de les aider à assumer les frais de certains services complémentaires de santé non prévus par les Programmes de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation. Il s'agit des services suivants: les soins courants en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les hôpitaux psychiatriques convertis, les soins à domicile (l'aspect santé) et les soins ambulatoires. La contribution relative aux services complémentaires de santé est évaluée à 33,72 \$ par habitant, ce qui représente un montant global de 830 695 000\$ pour l'année 1982-1983, et elle augmentera annuellement de la même manière que les autres contributions en espèces de base. La seule condition de paiement dans le cadre du programme de services complémentaires de santé est que les provinces fournissent au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social les données dont a besoin le gouvernement du Canada pour s'acquitter de ses obligations internationales, élaborer et appliquer des normes nationales et assurer un échange efficace de renseignements avec les provinces en matière de services de soins.

Changements aux programmes et nouveaux faits

Suite aux conclusions et recommandations du juge Hall, dans son rapport de 1980 intitulé "Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980", ainsi qu'à celles du Groupe de travail parlementaire sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, qui groupait des membres de tous les partis et dont le rapport a été publié en août 1981, le gouvernement fédéral a développé une série de propositions concernant les normes nationales sur les soins de santé assurés. Au printemps de 1982, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, présentait ces propositions à ses homologues provinciaux dans le cadre d'une conférence fédérale-provinciale

and Diagnostic Services Act and the Medical Care Act in governing future federal contributions to provinces for health insurance programs. The federal government's objective in putting forward these proposals was to preserve, clarify and consolidate the existing standards, and to enlist the provinces' cooperation towards a common goal - the protection of programs which enable all Canadian citizens to have available the best possible level of health care without impediment by way of extra charges. The new "Canada Health Act" would clarify and define conditions under which the Parliament of Canada may provide transfer payments to provinces for health insurance programs.

Selected Changes in Provincial Plans

Surveillance of legislative and regulatory changes in the various provincial plans continued. While there was concern expressed about the effects of extra-billing, premiums, and problems of eligibility and portability, all provinces and territories continued to adhere to the conditions of the Act. The Department of National Health and Welfare continued to follow-up with the provinces concerning all allegations to the contrary which came to its attention.

Changes which occurred in provincial plans during the fiscal year include the following:

- Effective August 1, 1982, Quebec amended its Dental Services Program for Children, creating three separate eligible age groups: children ages 0 to 11, 12, and those aged 13 to 15 inclusively. Coverage varies according to age group. Thus, preventive methods are no longer insured services for children under the age of 12. Preventive services for this age group are now provided in schools, day care centres, immunization clinics, etc.
- Ontario implemented an Assistive Devices Program, effective July 1, 1982. The program pays approximately 75 per cent of the costs of selected equipment and supplies for residents 18 years of age or younger, who are eligible for benefits under the provincial plan.

des ministres de la Santé. À même ces propositions se retrouvait la suggestion que les normes soient regroupées dans une nouvelle loi fédérale sur la santé, appelée "Loi sur la santé au Canada", qui remplacerait la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et la Loi sur les soins médicaux et régirait les contributions fédérales futures versées aux provinces pour les programmes d'assurance-santé. En présentant ces propositions, le gouvernement fédéral voulait préserver, clarifier et confirmer les normes actuelles tout en s'assurant le concours des provinces envers un but commun: la protection des programmes qui pourront permettre à tous les citoyens canadiens de bénéficier des meilleurs soins de santé possible sans obstacle sous forme de frais additionnels. La nouvelle "Loi sur la santé au Canada" servirait à clarifier et à définir les conditions selon lesquelles le Parlement du Canada pourrait verser des contributions aux provinces pour les programmes de soins de santé.

Certains changements apportés aux régimes provinciaux

La surveillance des modifications apportées aux lois et aux règlements des différents régimes provinciaux s'est poursuivie. Malgré les inquiétudes exprimées au sujet de la surfacturation, des primes et des problèmes d'admissibilité et de transférabilité, toutes les provinces et les territoires ont continué à satisfaire aux exigences de la loi. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a poursuivi sa surveillance auprès des provinces lorsqu'il soupçonnait que ces exigences n'étaient pas respectées.

Les changements apportés aux régimes provinciaux au cours de l'année financière sont les suivants:

- Le 1^{er} août 1982, le Québec apportait certains changements à son Programme de soins dentaires pour enfants. Ainsi, trois groupes d'enfants d'âges distincts sont maintenant couverts sous ce programme: les enfants de 0 à 11 ans, ceux de 12 ans et ceux de 13 à 15 ans inclusivement. Les bénéfices varient d'un groupe à l'autre. Les services de prévention ne sont plus fournis aux enfants de moins de 12 ans, mais tombent maintenant sous la responsabilité des écoles, des garderies, des cliniques d'immunisation, etc.
- Le 1^{er} juillet 1982, l'Ontario créait un programme d'aide pour l'achat d'appareils orthopédiques. Le programme défraie 75 p. 100 des coûts de certains équipements et fournitures pour ses résidents âgés de 18 ans ou plus qui ont droit aux bénéfices assurés en vertu du plan d'assurance-santé de la province.

- Effective July 1, 1982, Manitoba implemented an Eye Glasses Program. All residents of the province aged 65 or over who are registered with the provincial health insurance plan are eligible for benefits under this program. The program pays 80 per cent in excess of a \$50.00 deductible towards approved maximum amounts, for prescribed eyeglasses, including dispensing fees, lenses, standard frames and for contact lenses if medically required.

- Effective April 1, 1982, premiums for the Medical Services Plan of British Columbia were raised from \$11.50 to \$15.00 per month for a single person, from \$23.00 to \$28.00 for a couple and from \$28.75 to \$32.00 for families of three or more.

- Increases in the schedule of payments for medical practitioners were implemented in all provinces.

The Appendix contains a tabular summary of provincial medical care and hospital insurance plans, as of January 1, 1983. It should be noted, however, that this information is subject to change. Detailed descriptions of each provincial medical care insurance plan may be obtained from the Director, Coordination and Communications, Health Insurance Directorate, Health Services and Promotion Branch, Department of National Health and Welfare, Ottawa, Ontario, K1A 1B4.

Medical Care Program - Administration

The purpose of the Medical Care Act is to ensure that all residents of Canada can have access to necessary medical care on a pre-paid basis by authorizing the federal government to provide financial assistance to the provinces. To do this effectively, the program has been organized on the basis of three interrelated activities:

1. administration of the Medical Care Act;

2. provision of advisory services to the provinces on various aspects of the provincial medical care insurance plans;

3. conducting studies, and providing technical and professional consultative services to the provinces and other appropriate bodies on the planning, delivery and utilization of medical services.

- Le 1er juillet 1982, le Manitoba introduisait un programme d'aide à l'achat de lunettes et de verres de contact. Tous les résidents de la province âgés de 65 ans et plus qui sont couverts par le plan de santé de la province ont droit aux bénéfices de ce programme. Le programme couvre 80 p. 100 des coûts excédant les premiers 50 \$, jusqu'à concurrence des montants maximaux approuvés, pour les verres sur ordonnance, y compris les frais de préparation, les lentilles, les montures ordinaires, et les verres de contact lorsque ceux-ci sont nécessaires pour des raisons médicales.

- Le 1er avril 1982, la Colombie-Britannique a haussé les primes mensuelles de son régime de services médicaux de 11,50 \$ à 15 \$ pour une personne seule, de 23 \$ à 28 \$ pour un couple et de 28,75 \$ à 32 \$ pour une famille de trois personnes ou plus.

- Une majoration des honoraires des médecins est entrée en vigueur dans toutes les provinces.

L'annexe comprend un tableau récapitulatif des régimes provinciaux de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation, au 1er janvier 1983. Il est à noter, toutefois, que ces renseignements sont variables. Il est possible d'obtenir une description détaillée de tous les régimes provinciaux de soins médicaux en s'adressant au Directeur, Coordination et communications, Direction de l'assurance-santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa (Ontario) K1A 1B4.

Programme de soins médicaux - Administration

La Loi sur les soins médicaux a pour objet de garantir à tous les habitants du Canada l'accès aux soins médicaux nécessaires, à paiement anticipé et d'autoriser à cette fin le gouvernement fédéral à fournir aux provinces une aide financière. Pour garantir son efficacité, le programme a été élaboré de façon à couvrir trois domaines d'activités apparentées:

1. l'application de la Loi sur les soins médicaux;

2. la création de services consultatifs, destinés aux provinces, sur les divers aspects des régimes provinciaux de soins médicaux;

3. la conduite d'études et la création de services consultatifs d'ordre technique et professionnel, destinés aux provinces et aux organismes intéressés, dans les domaines de la planification, de la distribution et de l'utilisation des services médicaux.

The Health Services and Promotion Branch is responsible for the administration of the Medical Care Act, the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, and the program for Extended Health Care Services. Other responsibilities of the Branch include conducting studies and providing advice on health care services and related matters, administration of the National Health Research and Development Program, the development of health standards and guidelines, and health promotion activities.

The Health Insurance Supplementary Fund, which is also administered by the Health Services and Promotion Branch, provides for the payment of claims for the insured services of the Medical Care and the Hospital Insurance and Diagnostic Services Acts for residents of Canada who have been unable to obtain coverage or have lost coverage through no fault of their own. During 1982-83, payment amounted to \$10,788.46. After replenishment of the Fund by the provinces, and the government of Canada, the closing balance, as of March 31, 1983, was \$45,442.24.

Selected Activities

The federal-provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Services met twice during the year. The specific functions of this Committee, which consists of senior provincial health insurance plan officials, as well as representatives of the federal government, are to:

1. Consider specific issues delegated by the Conference of Deputy Ministers of Health, or accepted by a significant number of the provinces as matters where a general consensus of informed opinion would be helpful, and make recommendations where appropriate.
2. Promote federal/provincial coordination of medical and institutional needs of Canadians on a provincial, national and international level.
3. Exchange information, or arrange for the exchange of information, which is of interest to a significant number of members of the Advisory Committee.
4. Serve as a forum that will offer a means of contact between the federal and provincial governments and national health organizations.

La Direction générale des services et de la promotion de la santé est chargée de surveiller l'application de la Loi sur les soins médicaux, de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, du Programme des services complémentaires de santé. Elle entreprend des études, fournit des services de consultation dans le domaine des soins et services de santé et d'autres sujets connexes, gère le Programme national de recherche et de développement en matière de santé, et voit à la création de normes et de lignes de conduite dans le domaine de la santé, et à l'organisation des activités de promotion de la santé.

La Caisse supplémentaire d'assurance-santé, aussi gérée par la Direction générale des services et de la promotion de la santé, prévoit le paiement d'indemnités, pour les services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux et de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, aux habitants du Canada qui n'ont pu obtenir la protection ou ont perdu leur droit à celle-ci sans que ce soit de leur faute. Au cours de l'année 1982-1983 les versements se sont élevés à 10 788,46 \$. Les provinces et le gouvernement du Canada, ayant renfloué la Caisse, le solde au 31 mars 1983 était de 45 442,24 \$.

Activités d'intérêt

Le Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement s'est réuni deux fois cette année. Formé des dirigeants provinciaux des régimes d'assurance-santé ainsi que des représentants du gouvernement fédéral, ce Comité avait le mandat suivant:

1. Examiner les questions particulières confiées au Comité consultatif par la Conférence des sous-ministres de la Santé, ou considérées par un nombre suffisant de provinces comme nécessitant une unanimous d'opinion bien informée, et faire les recommandations qui s'imposent.
2. Promouvoir la coordination au niveau fédéral et provincial des besoins en soins et en établissement des Canadiens, à l'échelon provincial, national et international.
3. Échanger des renseignements, ou veiller à ce que l'on échange des renseignements qui intéressent un nombre suffisant de membres du Comité consultatif.
4. Servir de point de rencontre entre le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et les organismes nationaux de santé.

Items of particular interest discussed at these meetings include:

- the standard out-patient rates for insured services provided in other provinces;
- reciprocal billing arrangements between provinces for in-patient and out-patient services as well as arrangements for medical services;
- the development of a standardized management information system for hospitals;
- clarification of the Federal-Provincial Agreement on Eligibility and Portability;
- budget allocation of the Canadian Standards Association Health Care Technology Program;
- calculation of the per diem rate for hospitals;
- payment schedule comparisons between provinces;
- the development of a computerized health facilities planning system;
- staffing methodologies project for Canadian hospitals;
- the Report on National Health Strategies;
- recommendations of the Ad Hoc Committee on Health Information Review;
- a proposal for the development of architectural design guidelines for facilities providing care for the elderly;
- workload measurement systems (radiology and laboratory);
- psychotherapy and counselling services;
- tariff negotiations with the medical profession.

The Department continued to provide data on physician's earnings and expenses of practice to provincial medical care insurance plans and provincial medical associations during the year. Similar studies of other categories of health professionals were also continued at the request of the provinces. In-depth comparative

Parmi les questions soulevées pendant ces réunions, mentionnons:

- les tarifs des services assurés des consultations externes fournies dans d'autres provinces;
- les accords entre les provinces concernant la facturation réciproque des services aux malades hospitalisés et des services de consultation externe ainsi que les services médicaux;
- la création d'un système normalisé d'information de gestion pour les hôpitaux;
- la clarification de l'accord fédéral-provincial concernant l'admissibilité et la transférabilité;
- l'affectation du budget du Programme de technologie sanitaire de l'Association canadienne de normalisation;
- le calcul du tarif de per diem établi dans les hôpitaux;
- la comparaison des barèmes de paiement entre les provinces;
- le développement d'un système informatisé de planification des établissements de santé;
- le projet de méthodologie de dotation pour les hôpitaux canadiens;
- le Rapport sur l'élaboration d'une stratégie nationale de santé;
- les recommandations du Comité spécial sur la revue de l'information sanitaire;
- une proposition concernant l'élaboration de lignes directrices architecturales pour les établissements de soins pour personnes âgées;
- les systèmes de mesure du volume de travail (radiologie et laboratoire);
- les services de psychothérapie et de counseling;
- les négociations avec les membres du corps médical au sujet des barèmes de paiement.

Au cours de l'année, le Ministère a continué de fournir des données sur les gains et les dépenses des médecins aux administrateurs des régimes provinciaux de soins médicaux et aux associations médicales provinciales. A la demande des provinces, des études analogues sur d'autres catégories de spécialistes de la santé

analyses of utilization and cost experience of the provincial medical care insurance plans were also undertaken.

Information and views continued to be exchanged with provincial officials, representatives of professional associations, academics, and representatives of foreign governments interested in Canada's national health insurance programs. Ongoing national and international interest in these programs was reflected in the many requests for information received by the Department.

Financial Experience

During the fiscal year 1982-83, federal payments made with respect to the Medical Care Program under Section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977 to the provinces totalled \$828,518,000.

Payments by Canada to the provinces for the fiscal years 1978-79 to 1982-83 are detailed in Table 1. These represent payments under Section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, and include compensation for the termination of the 1972 Revenue Guarantee Program. Table 2 details advance payments for these years made in these years, but excludes Revenue Guarantee Compensation payments. Table 3 deals with contributions by Canada to the provinces; these data also exclude the Revenue Guarantee Compensation payments. These consisted of a combination of tax room transfers to the provinces and cash, as explained under the "Description of Financing Arrangements" section of this report.

ont également été poursuivies. On a également procédé à des analyses comparatives approfondies sur l'utilisation et le coût des régimes provinciaux de soins médicaux.

Des échanges de renseignements et de points de vue se sont poursuivis avec les hauts fonctionnaires provinciaux, les universitaires et les représentants d'associations professionnelles et de gouvernements étrangers qui s'intéressent aux programmes nationaux d'assurance-santé au Canada. L'intérêt que suscitent les programmes canadiens à l'échelle nationale et internationale continue de se manifester par le nombre élevé de demandes de renseignements adressées au Ministère.

Rapport financier

Au cours de l'année financière 1982-1983, les versements fédéraux aux provinces, en vertu de l'Article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, se sont chiffrés à environ 828 518 000 \$.

Les versements du Canada aux provinces pour les années financières de 1978-1979 à 1982-1983 sont indiqués au Tableau 1. Ces chiffres représentent les versements faits en vertu de l'Article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, et comprennent, le cas échéant, les indemnités versées en raison de la terminaison du Programme de revenus garantis de 1972. Le Tableau 2 indique les versements anticipés pour ces années financières, mais ne comprend pas les indemnités relatives au Programme de revenus garantis. Le Tableau 3 porte sur les contributions du Canada aux provinces mais ces données ne comprennent pas non plus les indemnités du Programme de revenus garantis. Ces contributions étaient faites sous la forme de transferts de champs d'imposition aux provinces et de versements en espèces, comme l'explique la rubrique "Description des accords de financement" du présent rapport.

Table 1
Medical Care Program
Payments by Canada to Provinces
in Fiscal Years 1978-79 to 1982-83

Tableau 1

Programme de soins médicaux
Versements du Canada aux provinces pour les années financières
1978-1979 à 1982-1983

	1978-79	1979-80	1980-81	1981-82	1982-83 ²
Newfoundland/Terre-Neuve	\$ 19,052,000	\$ 22,560,000	\$ 24,401,000	\$ 25,626,000	\$ 21,337,000
Prince Edward Island/Ile-du-Prince-Édouard	3,917,000	4,909,000	5,194,000	5,437,000	4,801,000
Nova Scotia/Nouvelle-Écosse	28,665,000	33,409,000	36,324,000	37,689,000	33,673,000
New Brunswick/Nouveau-Brunswick	23,100,000	28,005,000	29,738,000	31,082,000	27,035,000
Québec/Québec	166,626,000 ³	175,114,000 ³	170,823,000 ³	178,892,000 ³	151,668,000 ³
Ontario	276,887,000	315,750,000	337,250,000	359,385,000	329,174,000
Manitoba	35,149,000	41,357,000	44,661,000	45,075,000	41,526,000
Saskatchewan	31,867,000	38,379,000	40,954,000	42,998,000	41,662,000
Alberta	56,494,000	63,028,000	69,562,000	81,542,000	77,372,000
British Columbia/Columbia-Britannique	73,635,000	92,223,000	98,250,000	97,910,000	96,994,000
Yukon Territory/Territoire du Yukon	576,100	688,000	741,000	846,000	836,000
Northwest Territories/Territoires du Nord-Ouest	1,576,000	1,613,000	1,749,000	1,710,000	2,240,000
Canada	\$717,544,000	\$817,035,000	\$859,607,000	\$907,692,000	\$828,518,000

Consisting of:/Comportant:

- a) Advance payments on estimated contributions for the current fiscal year;/les versements anticipés sur les contributions pour l'année financière en cours;
- b) Adjustment to payments with respect to the previous fiscal years/Redressement aux paiements pour les années financières précédentes

	10,399,000	2,515,000	(32,427,000)	(36,303,000)	(91,083,000)
Total Payments/Sommes globales	\$717,544,000	\$817,035,000	\$859,607,000	\$907,692,000	\$828,518,000

- 11 -
- 2. These contributions no longer include Revenue Guarantee Compensation payments as this program ended on April 1, 1982./Ces données ne comprennent plus les indemnités versées en raison de la terminaison du programme de revenus garantis puisque le programme pris fin le 1er avril 1982.
- 3. The cash payment to Quebec is lower on a per capita basis compared with other provinces. The reason for this is that under Section 7 of the (Pf) Act, 1977, Quebec receives a special abatement of 8.5 personal income tax points on a fiscal year basis for hospital insurance, medical care and post-secondary education. The value of these points is (1) subtracted from the cash transfer to Quebec before the residual is allocated among the three established programs and (2) added to the tax transfer for the purpose of determining the sum of the cash and tax transfer./Le paiement en espèces par habitant est moins élevé au Québec que dans les autres provinces. S'il en est ainsi, c'est qu'en vertu de l'Article 7 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, la province de Québec reçoit un abattement spécial de 8.5 points fiscaux sur le revenu des particuliers et calculé selon l'année financière pour l'assurance-hospitalisation, les soins médicaux et les études postsecondaires. La valeur de ces points est (1) soustraite du transfert en espèces accordé à la province de Québec avant que le solde soit réparti entre les trois programmes établis, et (2) ajoutée au transfert d'impôts dans le but d'établir la somme du transfert en espèces et du transfert d'impôts.

Tableau 2
Medical Care Program
Advance Payments by Canada to Provinces
in Fiscal Years 1978-79 to 1982-83
Excluant la compensation pour la terminaison du Programme de
Revenue Guarantee Program

Tableau 2

Programme de soins médicaux
Versements anticipés du Canada aux provinces pour les années
financières 1978-1979 à 1982-1983
Excluant la compensation pour la terminaison du Programme de
revenu garanti de 1972

	1978-79	1979-80	1980-81	1981-82	1982-83
Newfoundland/Terre-Neuve	\$ 16,832,000	\$ 19,752,000	\$ 21,198,000	\$ 24,772,000	\$ 25,536,000
Prince Edward Island/Ile-du-Prince-Édouard	3,495,000	4,277,000	4,609,000	5,257,000	5,593,000
Nova Scotia/Nouvelle-Écosse	25,742,000	29,547,000	31,694,000	36,244,000	38,145,000
New Brunswick/Nouveau-Brunswick	20,642,000	24,299,000	26,106,000	30,046,000	31,350,000
Québec/Québec	131,201,000 ⁴	145,647,000 ⁴	150,991,000 ⁴	171,395,000 ⁴	181,205,000 ⁴
Ontario	246,639,000	280,527,000	303,416,000	344,839,000	366,818,000
Manitoba	32,311,000	36,122,000	38,458,000	43,598,000	46,334,000
Saskatchewan	33,417,000	36,040,000	47,531,000	45,554,000	
Alberta	50,873,000	61,235,000	69,771,000	77,690,000	70,813,000
British Columbia/Columbia-Britannique	66,050,000	78,289,000	86,543,000	98,154,000	105,561,000
Yukon Territory/Territoire du Yukon	556,000	662,000	727,000	787,000	732,000
Northwest Territories/Territoires du Nord-Ouest	1,320,000	1,514,000	1,562,000	1,745,000	2,060,000
Canada	\$625,067,000	\$715,288,000	\$771,115,000	\$875,961,000	\$919,601,000
Consisting of :/Comportant :					
a) Advance payments on estimated contributions for the current fiscal year;/les versements anticipées sur les contributions pour l'année financière en cours;	\$625,067,000	\$715,288,000	\$771,115,000	\$875,961,000	\$919,601,000
and et					
b) Adjustment to payments with respect to the previous fiscal years/Redressement aux paiements pour les années financières précédentes	10,399,000	2,515,000	(32,427,000)	(36,203,000)	(91,083,000)
Total Payments/Sommes globales	\$635,466,000	\$717,803,000	\$738,688,000	\$839,658,000	\$828,518,000

4. The cash payment to Quebec is lower on a per capita basis compared with other provinces. The reason for this is that under Section 7 of the EPP Act, 1977, Quebec receives a special abatement of 8.5 personal income tax points on a fiscal year basis for hospital insurance, medical care and post-secondary education. The value of these points is (1) subtracted from the cash transfer to Quebec before the residual is allocated among the three established programs and (2) added to the tax transfer for the purpose of determining the sum of the cash and tax transfer. /Le paiement en espèces par habitant est moins élevé au Québec que dans les autres provinces. S'il en est ainsi, c'est qu'en vertu de l'Article 7 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, la province de Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points fiscaux sur le revenu des particuliers et calculé selon l'article 7 de l'assurance-hospitalisation, les soins médicaux et les études postsecondaires. La valeur de ces points est (1) soustraite du transfert en espèces accordé à la province de Québec avant que le solde soit réparti entre les trois programmes établis, la (2) ajoutée au transfert d'impôts dans le but d'établir la somme du transfert en espèces et du transfert d'impôts.

5. Due to the manner in which the Department of Finance reports payment data, it has not been possible to segregate those portions of the adjustment payments involving the Revenue Guarantee. Thus, the data in this row are identical to that contained in Table 1/A cause de la façon dont le ministère des Finances fait rapport sur les paiements, il n'a pas été possible de séparer la portion des paiements de redressement concernant le Revenu garanti. Donc, les données dans cette colonne sont identiques à celles du tableau 1.

Table 3
Medical Care Program
Contributions by Canada to Provinces
in Fiscal Years 1978-79 to 1982-83*

Tableau 3

Programme de soins médicaux

Contributions du Canada aux provinces pour les années financières 1978-1979 à 1982-1983

	1978-79	1979-80	1980-81	1981-82	1982-83
Newfoundland/Terre-Neuve	\$ 28,953,000	\$ 33,281,000	\$ 37,042,000	\$ 41,295,000	\$ 46,413,000
Prince Edward Island/Ile-du-Prince-Édouard	6,096,000	7,206,000	8,042,000	8,912,000	10,018,000
Nova Scotia/Nouvelle-Écosse	43,672,000	49,786,000	55,347,000	61,646,000	69,534,000
New Brunswick/Nouveau-Brunswick	35,448,000	40,943,000	45,543,000	50,659,000	57,059,000
Quebec/Québec	335,523,000	375,206,000	418,236,000	468,353,000	529,018,000
Ontario	443,934,000	502,721,000	561,243,000	627,421,000	711,591,000
Manitoba	54,335,000	60,864,000	67,123,000	74,653,000	84,457,000
Saskatchewan	48,948,000	56,307,000	62,832,000	70,439,000	79,935,000
Alberta	105,780,000	128,352,000	154,095,000	182,478,000	189,285,000
British Columbia/Colombie-Britannique	129,447,000	153,077,000	177,050,000	200,308,000	227,868,000
Yukon Territory/Territoire du Yukon	1,229,000	1,429,000	1,617,000	1,831,000	1,935,000
Northwest Territories/Territoires du Nord-Ouest	2,302,000	2,654,000	2,928,000	3,327,000	3,853,000
CANADA	\$1,235,667,000	\$1,411,826,000	\$1,591,098,000	\$1,791,322,000	\$2,010,966,000

6. These contributions data exclude compensation for the termination of the 1972 Revenue Guarantee Program, but include cash contributions and tax transfers./Ces données sur les contributions excluent la compensation pour la terminaison du Programme de revenu garantie de 1972, mais incluent les contributions comptant et les transferts d'impôts.

Analysis of Cost Changes⁷

The analysis in this section covers the fiscal years 1974-75 to 1982-83⁸.

Unadjusted aggregate and per capita program costs,⁹ as reported by the ten provinces, increased from \$1,459.2 million, or \$64.91 per capita in 1974-75 to \$4,379.1 million, or \$176.56 per capita in 1982-83. For the fiscal years to 1976-77 inclusive the program costs reported by the provinces were the basis for calculating the federal contributions under the Medical Care Act (Canada). Under the financing arrangements in effect since then, the federal contributions are no longer based upon reported program costs. Although provinces continue to report in the autumn of each year on their program costs for the preceding fiscal year, recent data for some of the provinces are subject to the distorting effects of various administrative and organizational changes.

The dollar figures and percentage changes shown in Table 4 are based upon program costs that were adjusted to improve their year-to-year comparability. The adjustments consist of an increase in the 1974-75 program costs for Ontario and the four western provinces to offset a temporary transfer of the costs of certain laboratory and radiology services from the provincial medical care insurance programs to the hospital insurance programs, and adjustments of program costs in certain provinces where the figures reported for recent years are no longer fully comparable with those for earlier years. The counts of insured persons, used to calculate per capita rates, were adjusted in the light of the most recent Statistics Canada estimates of the net population¹⁰.

Analyse des variations dans les coûts⁷

Dans cette partie, l'analyse se rapporte aux années financières 1974-1975 à 1982-1983⁸.

Les coûts globaux et par habitant⁹ déclarés par les dix provinces sont passés de 1459,2 millions de dollars, ou 64,91 \$ par habitant, en 1974-1975, à 4379,1 millions de dollars ou 176,56 \$ par habitant, en 1982-1983. Jusqu'en 1976-1977 inclusivement, les coûts déclarés par les provinces ont servi de base pour calculer le montant des contributions fédérales en vertu de la Loi sur les soins médicaux (Canada). Toutefois, par suite des accords fiscaux en vigueur depuis lors, les contributions fédérales ne sont plus établies en fonction des coûts déclarés. Bien que, chaque automne, les provinces fassent connaître leurs coûts pour l'année financière précédente, les données récentes de certaines provinces subissaient un effet de distorsion en raison de changements d'ordre administratif ou structurel.

Les montants en dollars et les variations en pourcentage qui figurent au Tableau 4 sont fondés sur des coûts qui ont été rajustés pour faciliter la comparaison d'une année à l'autre. Pour procéder à ces rajustements, on a augmenté les coûts pour l'Ontario et les quatre provinces de l'Ouest pour 1974-1975, de façon à compenser le transfert provisoire des coûts de certains services de laboratoire et de radiologie du régime provincial de soins médicaux au régime d'assurance-hospitalisation et l'on a rajusté les coûts dans certaines provinces où les chiffres déclarés pour les dernières années ne sont plus entièrement comparables à ceux des années antérieures. Le total des personnes assurées, utilisé pour calculer le taux par habitant, a été rajusté en fonction des estimations les plus récentes de Statistique Canada de la population nette¹⁰.

-
7. Excludes Yukon and Northwest Territories.
 8. Years ending March 31.
 9. Program costs consist of the sum of provincial expenditures for services insured under the terms of the Medical Care Act (Canada); they exclude costs of administration. All provinces report program costs on a date-of-payment basis. Consequently, some of the expenditure figures analyzed here may be subject to the effects of changes in the delay between the date of service and the date of payment.
 10. The net population consists of the total population, minus members of the Armed Forces and the R.C.M.P., and minus inmates of federal penitentiaries. In 1982-83 the number of excluded persons was about 108 000 or 0.43 per cent of the total population.

7. Le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest exclus.
8. Années finissant le 31 mars.
9. Représente la somme des dépenses engagées par les provinces pour les services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux (Canada), à l'exclusion des frais d'administration. Toutes les provinces déclarent leurs frais de programmes en fonction de la date des paiements. Par conséquent, les chiffres analysés ici peuvent être sujets aux effets des changements dans le délai entre la date de service et la date de paiement.
10. La population nette est la population totale à l'exclusion des membres des Forces armées, de la GRC et des détenus dans les pénitenciers fédéraux. En 1982-1983, le nombre de personnes exclues s'élevait à 108 000 ou 0,43 p. 100 de la population totale.

Table 4/Tableau 4

Adjusted Aggregate and Per Capita Program Costs, and Average Annual Rates of Change¹¹/
Coûts globaux et par habitant rajustés et taux annuels moyens de variation¹¹

	<u>1974-75</u>	<u>1981-82</u>	<u>1982-83</u>
Aggregate Program Costs (\$ Millions)/ Coûts globaux (millions \$)	1,586.0	3,659.7	4,392.5
Per Cent Change Per Year (%)/ Pourcentage de variation par année (%)	12.7	20.0	
Per Capita Program Costs (\$)/ Coûts par habitant (\$)	71.03	150.82	178.96
Per Cent Change Per Year (%)/ Pourcentage de variation par année (%)	11.4	18.7	

Over the entire period from 1974-75 to 1982-83, adjusted aggregate program costs increased by 177.0 per cent, or 13.6 per cent per year. In per capita terms the increases were 151.9 per cent overall, and 12.2 per cent per year.

Total Medical Care Program costs consist of fee payments to physicians, non-fee payments to physicians, and the costs of certain dental services performed in hospitals. In the years 1974-75 to 1982-83, non-fee payments to physicians and the costs of insured dental services, taken together, accounted for 5.9 per cent to 6.7 per cent of total program costs.

Table 5 refers only to fee payments to physicians. The further details provided in the following paragraphs and tables are confined to such payments.

Pendant toute la période allant de 1974-1975 à 1982-1983, les coûts globaux (rajustés) ont augmenté de 177,0 p. 100, ou 13,6 p. 100 par année. Pour ce qui est de l'augmentation des coûts par habitant, elle a été de 151,9 p. 100 globalement, soit 12,2 p. 100 par année.

Le coût total du programme de soins médicaux comprend les paiements aux médecins rémunérés à l'acte, les paiements aux médecins non rémunérés à l'acte et les frais de certains services dentaires offerts dans les hôpitaux. Pour la période de 1974-1975 à 1982-1983, la somme des paiements aux médecins non rémunérés à l'acte et des frais des services dentaires représentait de 5,9 à 6,7 p. 100 des coûts globaux.

Le Tableau 5 ne porte que sur les paiements aux médecins rémunérés à l'acte. Toutes les autres données fournies dans les paragraphes et tableaux suivants ne se rapportent qu'à ces paiements.

11. Average annual rates of change are calculated by means of the compound interest method.

11. Les taux annuels moyens de variation ont été établis au moyen de la méthode des intérêts composés.

Table 5/Tableau 5
 Adjusted Aggregate and Per Capita Fee Payments to Physicians, and Average Annual
 Rates of Change¹²
 Montants rajustés des versements aux médecins rémunérés à l'acte (globaux et par
 habitant) et taux annuels moyens de variation¹²

	<u>1974-75</u>	<u>1981-82</u>	<u>1982-83</u>
Aggregate Fee Payments (\$ Millions)/ Ensemble des paiements à l'acte (millions \$)	1,492.5	3,424.0	4,096.7
Per Cent Change Per Year (%)/ Pourcentage de variation par année (%)	12.6	19.6	
Per Capita Fee Payments (\$)/ Paiements à l'acte par habitant (\$)	66.84	141.10	166.91
Per Cent Change Per Year (%)/ Pourcentage de variation par année (%)	11.3	18.3	

Table 6 contains information, for selected periods, about some of the factors that tend to contribute to changes in fee-for-service program costs. Such factors as population, the number of physicians and price are measured directly. Other factors, e.g. per capita fee payments and utilization, are derived from the measured ones. The data on changes in program costs are supplemented by information on changes in the Gross National Product (GNP) and in the Consumer Price Index (CPI).

Le Tableau 6 contient des données, pour des périodes choisies, au sujet de certains des facteurs qui peuvent entraîner des changements dans les coûts des programmes de rémunération à l'acte. Des facteurs comme la population, le nombre de médecins et les prix sont mesurés directement. D'autres facteurs, par exemple les paiements à l'acte par habitant ainsi que l'utilisation sont calculés à partir des facteurs mesurés. Les données relatives aux variations dans les coûts des programmes sont complétées par des données sur les variations du Produit national brut (PNB) et de l'Indice des prix à la consommation (IPC).

12. Average annual rates of change are calculated by means of the compound interest method.

12. Les taux annuels moyens de variation ont été établis au moyen de la méthode des intérêts composés.

Table 6/Tableau 6
 Average Annual Rates of Change of Selected Factors Contributing to Changes in Fee Payments/
 Taux annuels de variation de certains facteurs contribuant aux variations des paiements versés aux
 médecins rémunérés à l'acte

	Per Cent Change Per Year/ Variation annuelle en pourcentage		
	1974-75 to/à 1981-82	1981-82 to/à 1982-83	1974-75 to/à 1982-83
Aggregate Fee Payments to Physicians/ Ensemble des paiements à l'acte aux médecins rémunérés	12.6	19.6	13.5
Insured Population/Population assurée	1.2	1.1	1.2
Per Capita Fee Payments/Paiements à l'acte par habitant	11.3	18.3	12.1
Number of Physicians/Nombre de médecins	3.1	3.2	3.1
Fee Payments per Physicians/Paiement à l'acte par médecin	9.2	16.0	10.0
Per Capita Number of Physicians/Nombre de médecins par habitant	1.9	2.0	1.9
Price/Prix	7.9	12.5	8.5
Utilization/Utilisation	4.3	6.4	4.6
Per Capita Utilization/Utilisation par habitant	3.1	5.2	3.4
Utilization per Physician/Utilisation par médecin	1.2	3.1	1.4
Gross National Product/Produit national brut ¹³	12.7	5.4	11.7
Consumer Price Index/Indice des prix à la consommation ¹³	9.6	10.8	9.7

The physician-supply factor shows changes in the number of full-time equivalent physicians¹⁴. The price factor measures changes in the fee-for-service payment schedules of provincial medical care insurance plans. It does not measure changes in the average cost of services which may result from changes in patterns of practice or in the billing habits of physicians. The utilization factor is a residual - it is obtained by removing the effects of price changes from increases in fee payments - and is not measured independently, i.e. it is not determined by counting changes in the number of services provided by physicians. It may not only reflect changes in the volume of services, but also include the price-effect of changes in

13. The percentages shown for GNP and CPI are based upon calendar year figures, i.e. they reflect changes from 1974 to 1981, etc.

14. The number of full-time equivalent physicians is not an actual count, but is a derived figure that takes into account the costs of services performed by physicians in full-time and part-time fee practice.

Le facteur "effectif de médecins" montre les changements sur le plan du nombre de médecins équivalents plein temps¹⁴. Le facteur "prix" mesure les changements dans les barèmes de rémunération à l'acte des régimes provinciaux d'assurance-maladie, mais non les variations dans le coût moyen des services qui peuvent être imputables aux changements de mode d'exercice ou de facturation des médecins. Le facteur "utilisation" est un résidu et n'est pas mesuré de manière indépendante, c'est-à-dire qu'on ne l'obtient pas en comptant les changements dans le nombre de services fournis par les médecins. En conséquence, ce facteur rend peut-être non seulement compte du changement dans le volume des services, mais encore des répercussions que

13. Les pourcentages indiqués pour le PNB et l'IPC ont été calculés à partir des chiffres des années civiles, c'est-à-dire qu'ils reflètent les changements survenus entre 1974 et 1981, etc.

14. Le nombre de médecins équivalents plein temps ne constitue pas un chiffre réel; il s'agit d'un chiffre calculé qui tient compte du coût des services rendus par des médecins exerçant à plein temps ou à temps partiel.

patterns of practice and billing habits of physicians. Per capita utilization, i.e. the estimated volume of fee services per insured person, is believed to grow or decline as a result of changes in: the age-sex and urban-rural distribution of the insured population; people's expectations; technology; and the per capita supply of physicians.

As shown in Table 6, increases from 1981-82 to 1982-83 in aggregate and per capita fee payments and in fee payments per physician were greater than those during the period from 1974-75 to 1981-82. This was largely a reflection of above-average increases in prices and in utilization. The relatively large increases in utilization from 1981-82 to 1982-83 were preceded by below-average increases from 1980-81 to 1981-82.

Over the entire period from 1974-75 to 1982-83, aggregate fee payments grew at a higher rate than did the GNP. Increases in fee payments per physician were slightly larger than changes in the CPI.

Price and cost changes in one province were well below the Canadian average, in the last year as well as during the entire period from 1974-75 to 1982-83. Excluding this province, the average annual percentage changes in the remaining nine provinces were as follows:

	1981-82 to/à 1982-83	1974-75 to/à 1982-83
Price/Prix	13.6	9.5
Aggregate Fee Payments to Physicians/ Ensemble des paiements à l'acte des médecins	21.3	14.7
Fee Payments per Physician/ Paiements à l'acte aux médecins	17.0	11.3

In Table 7, the data from Table 6 are expressed in dollar terms and in corresponding percentage distributions. In attributing dollar effects to changes in the insured population and to changes in physician supply, it is assumed that each additional insured person or physician tends to generate the same fee payments per person or per physician as were generated on the average by those already insured or practising in the base period.

peuvent avoir les changements dans le mode d'exercice ou de facturation des médecins sur les prix des services. L'utilisation par habitant, c'est-à-dire le volume estimatif, par personne assurée, des services fournis par les médecins rémunérés à l'acte peut s'accroître ou diminuer par suite de changements dans la répartition selon l'âge et le sexe, ainsi que dans la distribution urbaine-rurale de la population assurée, les attentes de la population, les progrès technologiques et les changements dans l'effectif de médecins par habitant.

Comme l'indique le Tableau 6, l'augmentation des prix entre 1981-1982 et 1982-1983 sur les paiements globaux et par habitant ainsi que sur les paiements à l'acte par médecin était supérieure à celle qu'on avait connue entre 1974-1975 et 1981-1982. Cette situation était en majeure partie le reflet d'augmentations supérieures à la moyenne dans les prix et l'utilisation. Les augmentations relativement élevées de l'utilisation entre 1981-1982 et 1982-1983 étaient précédées d'augmentations inférieures à la moyenne pendant la période de 1980-1981 à 1981-1982.

Pendant toute la période de 1974-1975 à 1982-1983, l'ensemble des paiements à l'acte a augmenté à un rythme plus élevé que le PNB, tandis que les augmentations dans les paiements à l'acte par médecin ont été légèrement supérieures aux variations de l'IPC.

Dans une province en particulier, les variations de prix et de coûts étaient bien inférieures à la moyenne canadienne au cours de la dernière année ainsi que pendant toute la période de 1974-1975 à 1982-1983. Voici comment s'établissaient les variations annuelles moyennes en pourcentage dans les neuf autres provinces:

	1981-82 to/à 1982-83	1974-75 to/à 1982-83
	13.6	9.5

Dans le Tableau 7, les données présentées au Tableau 6 sont exprimées en termes monétaires, et l'on a également ajouté les pourcentages correspondants. En attribuant des effets monétaires aux changements dans la population assurée et aux changements dans l'effectif des médecins, on suppose que chaque personne assurée additionnelle ou chaque médecin additionnel entraîne des paiements par personne ou par médecin équivalents à ceux qui sont occasionnés en moyenne par les personnes qui étaient déjà assurées ou les médecins qui exerçaient déjà au cours de la période de base.

Table 7/Tableau 7

Extent to which Selected Factors Contributed to Increases in Aggregate Fee Payments to Physicians/
 Contribution de certains facteurs choisis à l'accroissement des versements totaux aux médecins rémunérés
 à l'acte

	Annual Average/Moyenne annuelle					
	1974-75 to/à 1981-82		1981-82 to/à 1982-83		1974-75 to/à 1982-83	
	(\$ Million)	(%)	(\$ Million)	(%)	(\$ Million)	(%)
Increases in Aggregate Fee Payments to Physicians/						
Augmentation de l'ensemble des paiements à l'acte aux médecins	275.9	100.0	672.7	100.0	325.5	100.0
Attributable to Changes in:/						
Attribuable aux changements dans les facteurs suivants:						
Insured Population/ Population assurée	27.2	9.9	41.9	6.2	30.0	9.2
Per Capita Fee Payments/ Paiements à l'acte par habitant	248.7	90.1	630.8	93.8	295.5	90.8
Number of Physicians/ Nombre de médecins	71.2	25.8	117.7	17.5	79.2	24.3
Fee Payments per Physician/ Paiements à l'acte par médecin	204.7	74.2	555.0	82.5	246.4	75.7
Per Capita Number of Physicians/ Nombre de médecins par habitant	44.0	15.9	75.8	11.3	49.2	15.1
Price/Prix Utilization/Utilisation	176.8 99.1	64.1 35.9	439.3 233.4	65.3 34.7	209.4 116.2	64.3 35.7
Per Capita Utilization/Utilisation par habitant	71.9	26.1	191.5	28.5	86.2	26.5
Utilization per Physician/Utilisation par médecin	27.9	10.1	115.7	17.2	37.0	11.4

During the eight-year period from 1974-75 to 1982-83 aggregate fee payments to physicians rose by \$2,604.3 million or \$325.5 million per year. Of the total increase of \$2,604.3 million, 9.2 per cent, or \$239.9 million, was accounted for by population growth, and a further 64.3 per cent, or \$1,675.0 million, was the result of price changes. The remaining 26.5 per cent, or \$689.4 million, was the result of changes in the utilization per insured person. As mentioned before, the utilization factor may not consist entirely of volume changes, but may include the price effects of changes in the patterns of practice and in billing habits of physicians.

Increases in the utilization per insured person are believed to be strongly influenced by increases in the per capita supply of physicians. Assuming a direct relationship between the two just-mentioned ratios, i.e. per capita utilization and the per capita supply of physicians, the data in Table 7 show that changes in the per capita supply of physicians accounted

Au cours des huit années qui se sont écoulées entre 1974-1975 et 1982-1983, l'ensemble des paiements à l'acte aux médecins a augmenté de 2604,3 millions de dollars ou 325,5 millions de dollars par année. De cette augmentation totale de 2604,3 millions de dollars, 9,2 p. 100 ou 239,9 millions de dollars sont attribuables à l'augmentation de la population tandis que 64,3 p. 100 ou 1675,0 millions de dollars étaient imputables aux changements de prix. Le reste, soit 26,5 p. 100 ou 689,4 millions de dollars résultait de changements dans l'utilisation par personne assurée. Comme nous l'avons mentionné, ce dernier chiffre ne représente pas seulement des changements dans le volume, mais peut aussi comprendre l'effet de changements dans les modes d'exercice et de facturation des médecins sur les prix.

On croit que l'augmentation de l'utilisation par personne assurée est fortement influencée par l'augmentation du nombre de médecins par habitant. Si l'on suppose qu'il existe une relation directe entre ces deux facteurs, c'est-à-dire l'utilisation par habitant et le nombre de médecins par habitant, les données présentées dans le Tableau 7 indiquent que les

for 15.1 per cent, or \$393.3 million, of the total increase in fee payments from 1974-75 to 1982-83 while changes in the utilization per physician accounted for 11.4 per cent, or \$296.0 million.

Alternatively, the data in Table 7 suggest that changes in the total number of physicians accounted for 24.3 per cent, or \$633.2 million, of the increase in fee payments to physicians, and that changes in fee payments per physician accounted for the remaining 75.7 per cent, or about \$1,971.0 million.

It was stated earlier that changes in the age-sex composition of the insured population may be one of the factors which influence changes in the utilization per person. Statistics Canada's estimates of the age-sex distribution of the Canadian population (assumed to be representative of changes in the age-sex distribution of the insured population of the ten provincial medical care insurance plans) showed considerable changes from 1974 to 1982. There was a decline in the proportion of people aged "under 20" and "40 to 54" from 37.3 per cent to 31.3 per cent and from 16.5 per cent to 15.8 per cent, respectively. The share of the age group 20 to 39 increased from 29.5 per cent to 34.1 per cent, and the proportion of people aged 55 and over rose from 16.6 per cent to 18.8 per cent. For all age groups combined, there was also a small increase in the proportion of females (the per capita costs of females tend to be about 40 per cent higher than those of males).

From data on the per capita costs, by five-year age group and sex, of the beneficiaries of four provincial medical care insurance plans (Quebec, Ontario, Saskatchewan, Alberta), it is estimated that the changes in the age-sex composition of the population may have been responsible for an increase of about 4.2 per cent in per capita fee payments to physicians from 1974-75 to 1982-83, or a little over .5 per cent per year. In terms of the figures shown in Table 7, this suggests that changes in the age-sex distribution of the insured population raised fee payments by about \$106.0 million, or 4.1 per cent of the total increase of \$2,604.3 million, from 1974-75 to 1982-83.

Aggregate fee payments to physicians, and the factors which tend to influence the level of fee payments, changed at rates which varied from province to province.

changements dans le nombre de médecins par habitant représentent 15,1 p. 100, ou 393,3 millions de dollars de l'augmentation totale des paiements à l'acte entre 1974-1975 et 1982-1983 alors que les changements dans l'utilisation par médecin représentent 11,4 p. 100 ou 296,0 millions de dollars.

D'autre part, les données du Tableau 7 indiquent que les changements dans le nombre total de médecins représentent 24,3 p. 100, ou 633,2 millions de dollars de l'augmentation des paiements versés aux médecins rémunérés à l'acte et que les changements sur le plan des paiements à l'acte par médecin sont responsables des 75,7 p. 100 restants, soit environ 1971,0 millions de dollars.

Il a été mentionné plus tôt que le changement dans la composition par âge et par sexe de la population assurée peut être l'un des facteurs qui explique les changements dans l'utilisation par personne. Selon les estimations de Statistique Canada, la distribution de la population canadienne (considérée comme représentative des changements intervenus dans la distribution selon l'âge et le sexe de la population assurée par les régimes provinciaux d'assurance-santé) a accusé des changements considérables entre 1974 et 1982. On notait en effet une baisse de la proportion de la population âgée de moins de 20 ans ainsi que de 40 à 54 ans, cette diminution étant de 37,3 à 31,3 p. 100 et de 16,5 à 15,8 p. 100 respectivement. La proportion de la population âgée de 20 à 39 ans est passée de 29,5 à 34,1 p. 100 et celle des personnes âgées de 55 ans et plus a augmenté de 16,6 à 18,8 p. 100. Pour tous les groupes d'âge combinés, on a aussi remarqué une légère hausse de la proportion des femmes (le coût par habitant de sexe féminin est généralement de 40 p. 100 plus élevé que le coût par habitant de sexe masculin).

À partir des données sur les coûts par habitant, par groupe d'âge de cinq ans et par sexe, des bénéficiaires de quatre régimes d'assurance-santé provinciaux (Québec, Ontario, Saskatchewan, Alberta), on a estimé que les changements dans la composition par âge et par sexe de la population peuvent être la cause d'une augmentation d'environ 4,2 p. 100 dans les paiements à l'acte aux médecins par habitant entre 1974-1975 et 1982-1983, soit un peu plus de 0,5 p. 100 par année. Par rapport au chiffre indiqué dans le Tableau 7, cela porte à croire que les changements dans la distribution par âge et par sexe de la population assurée a fait augmenter les paiements à l'acte d'environ 106,0 millions de dollars soit 4,1 p. 100 de l'augmentation totale de 2604,3 millions de dollars entre 1974-1975 et 1982-1983.

L'ensemble des paiements effectués aux médecins rémunérés à l'acte ainsi que les facteurs qui peuvent influer sur le niveau des paiements à l'acte ont changé selon des taux qui varient d'une province à l'autre.

Table 8 shows median, minimum and maximum values in the annual rate of change of selected factors during the period from 1974-75 to 1982-83.

Le Tableau 8 montre les valeurs minimale, maximale et médiane du taux de changement annuel de certains facteurs au cours de la période de 1974-1975 à 1982-1983.

Table 8/Tableau 8

Interprovincial Variations in Average Annual Rates of Change of Selected Factors/
Variations interprovinciales dans les taux de changement annuels moyen de certains facteurs donnés

	Per Cent Change Per Year 1974-75 to 1982-83/ Changement en pourcentage par année 1974-1975 à 1982-1983	
	Medians/ Valeurs médianes	Range/ Variations
Aggregate Fee Payments to Physicians/		
Ensemble des paiements à l'acte aux médecins	14.0	9.4 to/à 17.7
Insured Population/Population assurée	.8	.4 to/à 3.7
Per Capita Fee Payments/Paiements à l'acte par habitant	13.1	8.7 to/à 14.7
Number of Physicians/Nombre de médecins	3.0	1.5 to/à 4.9
Fee Payments per Physician/Paiements à l'acte par médecin	10.6	6.0 to/à 13.1
Per Capita Number of Physicians/Nombre de médecins par habitant	1.9	.3 to/à 4.3
Price/Prix	9.3	5.1 to/à 11.2
Utilization/Utilisation	4.3	2.7 to/à 5.8
Per Capita Utilization/Utilisation par habitant	3.4	1.9 to/à 4.0
Utilization per Physician/Utilisation par médecin	1.2	-.3 to/à 2.0

Particular provinces experienced high rates of increase with respect to some of the factors, and low rates of changes with respect to other factors. As a result of all the changes the gap between low and high per capita costs widened from 1974-75 to 1982-83, as follows¹⁵:

Certaines provinces ont connu de très fortes augmentations des taux pour certains facteurs et des hausses plus faibles en ce qui concerne d'autres facteurs. Par suite de tous les changements, l'écart entre les coûts faibles et élevés par habitant s'est élargi entre 1974-1975 et 1982-1983 de la façon suivante¹⁵:

15. The figures for Newfoundland are excluded because a high proportion of medical services in the province is provided by non-fee physicians. Consequently, per capita fee costs in the province are unusually low.

15. Les chiffres de Terre-Neuve ont été exclus parce qu'une forte proportion des services médicaux dans cette province sont dispensés par des médecins non rémunérés à l'acte. Par conséquent, les coûts par habitant des services rémunérés à l'acte sont exceptionnellement faibles dans cette province.

- range of per capita fee costs in 1974-75
= \$40 to \$79 (a difference of just under 100 per cent);
 - range of per capita fee costs in 1982-83
= \$111 to \$237 (a difference of approximately 114 per cent).
- variation des coûts des services rémunérés à l'acte par habitant en 1974-1975
= 40 \$ à 79 \$ (une différence légèrement inférieure à 100 p. 100);
 - variation des coûts des services rémunérés à l'acte par habitant en 1982-1983
= 111 \$ à 237 \$ (une différence d'environ 114 p. 100).

Source:

Health Information Division
Information Systems Directorate
Policy, Planning and Information Branch
Department of National Health and Welfare
December 1985

Source:

Division de l'information sur la santé
Direction des systèmes d'information
Direction générale de la politique, de la
planification et de l'information
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être
social
Décembre 1985

THE HOSPITAL INSURANCE AND MEDICAL CARE
PROGRAMS

SUMMARY OF PROVINCIAL HEALTH INSURANCE PLANS*:

benefits^(a): premiums: authorized
charges^(b)
(January 1, 1983)^(c)

NEWFOUNDLAND

Medical Care Insurance

Standard benefits (d): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (d):

Within Canada: Services not available in Newfoundland paid at rate of host province. Other services paid at Newfoundland rate.

Outside Canada: Services not available in Newfoundland paid at highest Canadian rate. Services not available in Canada paid at rate applicable in jurisdiction where rendered. Other services paid at Newfoundland rate.

Additional benefits (e): The Department of Health administers: Children's dental health program available to children up to and including 12 years of age and for certain disabilities, e.g. cleft palate, cerebral palsy. There is a \$2.00 fee per filling or extraction; cystic fibrosis program; food bank plan pays towards the cost of diets needed to prevent mental retardation arising from metabolic disorders; hearing aid program; optometric benefits; senior citizen's drug subsidy program for residents over 65 in receipt of or eligible for Guaranteed Income Supplement; social assistance drug plan; and vision care for school and pre-school children of families on social assistance or demonstrated inability to pay, and selected adults.

Premium per month: none (Effective April 1, 1983, \$5.00 processing fee re: issuance of Medical Care Plan Cards).

PROGRAMME D'ASSURANCE-HOSPITALISATION ET

PROGRAMME DE SOINS MÉDICAUX

RÉSUMÉ DES RÉGIMES PROVINCIAUX

D'ASSURANCE-SANTÉ*:

services assurés^(a): primes: frais autorisés^(b)
(Le 1er janvier 1983)^(c)

TERRE-NEUVE

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (d): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (d):

Au Canada: services non offerts à Terre-Neuve payés au tarif prévu par la province hôte. Autres services payés au tarif prévu par Terre-Neuve.

Hors du Canada: services non offerts à Terre-Neuve payés au tarif le plus élevé prévu au Canada. Services non offerts au Canada payés au tarif prévu par le secteur de compétence où il est dispensé. Autres services payés au tarif prévu par Terre-Neuve.

Services assurés supplémentaires (e): le ministère de la Santé administre: un programme d'hygiène dentaire disponible pour les enfants jusqu'à l'âge de 12 ans inclusivement et pour certaines infirmités, comme les fissures palatines et la paralysie cérébrale. Il y a des honoraires à l'acte de 2 \$ par obturation ou extraction. Programme de fibrose kystique; programme de banque alimentaire pour supporter le coût des régimes nécessaires à la prévention de l'arriération mentale résultant de troubles du métabolisme; services d'optométrie; programme d'aide pour les handicapés auditifs; programme de subvention des médicaments pour les personnes âgées qui sont des résidents de plus de 65 ans et qui reçoivent le Supplément de revenu garanti; programme de médicaments de l'Assistance sociale, et examen de la vue pour les enfants d'âge scolaire et préscolaire issus de familles recevant des prestations d'aide sociale ou reconnues comme étant incapables de payer, de même que pour certains adultes.

Prime mensuelle: aucune (À compter du 1er avril 1983, 5 \$ de frais de transformation concernant l'émission des cartes sous le régime des soins médicaux).

*See notes (a) to (k) on pages 49-51.

*Voir notes (a) à (k) aux pages 49-51.

Hospital Insurance

Standard benefits (f):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Laboratory, radiological, and other diagnostic procedures, including the necessary interpretations; radiotherapy and physiotherapy where available, occupational therapy, where available, out-patient visits, emergency visits, operating room facilities including supplies, plaster casts, drugs and medical and surgical supplies administered in hospital.

Out-of-province benefits (f): Same benefits as provided in the province.

Authorized charges: Standard ward charge of \$5.00 per day, up to a maximum of 15 days per admission (including transfer to another hospital in which case cumulative charge limit of \$75.00 also applies). Re-admission within 60 days of discharge in connection with the same illness or condition will be limited to the \$75.00 maximum charge. Patients aged 65 years and over and patients certified by the Department of Social Services as being unable to pay are exempted from charge. Effective March 1, 1983 hospitals allowed to charge persons who remain in hospital after medical discharge, \$20.00/day (awaiting nursing home placement). (Note: See Addendum re current charges.)

Additional benefits: Air and ground emergency ambulance programs pay towards the cost of services. Home care services in some centres.

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (f):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: les tests de laboratoire, la radiographie et d'autres services de diagnostic, y compris les analyses nécessaires; la radiothérapie, la physiothérapie et l'ergothérapie si ces services sont disponibles; les visites à l'unité de consultation externe et à l'urgence; l'usage du bloc opératoire y compris l'équipement, les fournitures, les plâtres et les médicaments ainsi que le matériel médical et chirurgical offert par l'hôpital.

Services assurés hors de la province (f): les mêmes services que ceux qui sont assurés dans la province.

Frais autorisés: la somme de 5 \$ par jour pour la salle, jusqu'à un maximum de 15 jours par admission (y compris le transfert à un autre hôpital, auquel cas les frais cumulatifs sont également limités à 75 \$). En cas de réadmission pour le même état ou la même maladie dans les 60 jours qui suivent le congé, la somme maximale exigée sera de 75 \$. Les patients qui sont âgés de 65 ans et plus et ceux qui sont reconnus par le ministère des Services sociaux comme étant incapables de payer sont exemptés de cette somme. Depuis le 1er mars 1983, les hôpitaux peuvent facturer leurs patients après que ceux-ci ont obtenu leur congé du médecin, 20 \$/jour (les personnes qui attendent d'être placées dans une maison de santé). (Remarque: voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

Services assurés supplémentaires: programme d'ambulances aériennes et programme d'ambulances terrestres pour supporter le coût de ces services; services de soins à domicile dans certains centres.

PRINCE EDWARD ISLAND

Medical Care Insurance

Standard benefits (d): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (d):

Within Canada: Physician services paid at rates authorized by the host province except that referrals for services available in P.E.I. are paid at P.E.I. rate.

Outside Canada: Paid at P.E.I. rate except that referrals for services not available in Canada are paid at rates established by Commission.

Additional benefits (e): Children's dental care program (annual registration fee \$4.00 per child, \$12.00 maximum per family); no charge out-patient prescription program for persons with diabetes, rheumatic fever, phenylketonuria, cystic fibrosis and social assistance recipients; mental health clients are charged cost + 20%.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (f):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Laboratory and radiological procedures as specified, including use of radioactive isotopes; drugs, biologicals and related preparations for emergency diagnosis and treatment; all other services specified as in-patient services.

Out-of-province benefits (f):

Within Canada: Standard ward rate or rate authorized for out-patient services of host province in case of: 1) emergency; 2) referral with approval of Commission for conditions that cannot be treated adequately in P.E.I. Otherwise, daily rates established by Commission based on the average of the two major hospital per diem rates in effect at the time service rendered.

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (d): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (d):

Au Canada: services de médecin payés au tarif autorisé par la province hôte, sauf que les orientations pour des services offerts par l'Île-du-Prince-Édouard sont payées au tarif prévu par cette province.

Hors du Canada: services payés au tarif prévu par l'Île-du-Prince-Édouard, sauf que les orientations pour services non offerts au Canada sont payées au tarif prévu par la Commission.

Services assurés supplémentaires (e): programme de soins dentaires destinés aux enfants, (frais d'inscription annuels de 4 \$ par enfant jusqu'à concurrence de 12 \$ par famille); programme de médicaments gratuits pour les consultants externes souffrant de diabète, de rhumatisme articulaire aigu, de phénylcétonurie, de fibrose kystique et les assistés sociaux; les personnes recevant des services psychiatriques doivent débourser le coût de ces services + 20%.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (f):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: les tests de laboratoire et les services de radiologie tels qu'ils sont précisés, y compris l'utilisation d'isotopes radioactifs; les médicaments, les substances biologiques et les autres préparations connexes à un diagnostic et un traitement d'urgence; tous les autres services qui sont approuvés comme services dispensés aux malades hospitalisés.

Services assurés hors de la province (f):

Au Canada: le tarif de la salle ou les frais autorisés par la province hôte pour les services de consultation externe pour: 1) les cas d'urgence; 2) les patients dirigés ailleurs avec l'approbation de la Commission, du fait que leur état ne peut pas être traité de façon adéquate dans l'Île-du-Prince-Édouard. Pour les autres cas, les tarifs quotidiens établis par la Commission d'après la moyenne des per diem en vigueur dans les deux plus grands hôpitaux au moment de la prestation des services.

Outside Canada: In-patient: 1) emergency - up to \$100.00 per day towards cost of hospital room charges (standard ward rates) and 75% of balance of cost of insured services; 2) referral with approval of Commission for conditions that cannot be adequately treated in Canada at a rate for in-patient services at the hospital which includes room and board and all medically necessary hospital services. Otherwise, daily rates established by Commission based on the average of the two major hospital per diem rates in effect at time service rendered. (Effective December 1983: a) referral for services available in P.E.I., paid at Commission rate not to exceed highest per diem hospital rate in P.E.I.; b) referral for services not available in P.E.I. but available elsewhere in Canada, paid at Commission rate not to exceed per diem rate at Victoria General Hospital in Halifax, Nova Scotia. Out-patient: 1) Emergency - rate of 75% of approved hospital charges; 2) referral for services not available in Canada, at a rate of 100% of approved hospital charges.)

Authorized charges: none

Additional benefits: Ambulance subsidization program; home care (health aspects) no fee; complementary visiting homemaker services based on client's ability to pay to a maximum of \$7.00 per hour.

Hors du Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: 1) pour les cas d'urgence - 100 \$ par jour pour le tarif d'une chambre d'hôpital (le tarif de la salle) et 75% des coûts restants des services assurés; 2) pour les patients dirigés ailleurs avec l'approbation de la Commission du fait que leur état ne peut pas être traité de façon adéquate au Canada, au tarif des services dispensés aux malades hospitalisés incluant chambre et pension et tous les autres services hospitaliers médicalement nécessaires. Pour les autres cas, les tarifs quotidiens établis par la Commission d'après la moyenne des per diem en vigueur dans les deux plus grands hôpitaux au moment de la prestation des services. (Depuis décembre 1983: a) l'orientation pour des services offerts par l'Île-du-Prince-Édouard, payée au tarif de la Commission n'excédant pas le plus élevé du tarif per diem des hôpitaux dans l'Île-du-Prince-Édouard; b) l'orientation pour des services non offerts par l'Île-du-Prince-Édouard, payée au tarif de la Commission n'excédant pas le tarif per diem de l'hôpital général Victoria à Halifax, Nouvelle-Écosse. Services de consultation externe: 1) pour les cas d'urgence payés au tarif de 75% des frais dans un hôpital approuvé; 2) l'orientation pour des services non offerts au Canada, payée au tarif de 100% des frais dans un hôpital approuvé.)

Frais autorisés: aucun

Services assurés supplémentaires: Programme pour les ambulances; soins à domicile (soins de santé) gratuits; services complémentaires d'auxiliaires familiales dont le coût varie en fonction des ressources financières du bénéficiaire jusqu'à un maximum de 7 \$ l'heure.

NOVA SCOTIA

Medical Care Insurance

Standard benefits (d): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (d): Reimbursement based on tariff established by the Commission for out-of-province services.

Additional benefits (e): Artificial limb program covers cost of provision, replacement and repair; children's dental plan for those born on or after January 1, 1967 and who have not attained their sixteenth birthday, or students registered with the School for the Blind; cleft lip/cleft palate plan; cystic fibrosis drugs; dental services for certain persons (adults and children) suffering from severe mental retardation, when hospitalization is required; diabetes insipidus drugs; optometric benefits; Pharmacare plan for residents 65 years and over includes drugs, diabetic and ostomy supplies; therapeutic drugs for cancer patients provides partial coverage for those with limited incomes.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (f):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Broad range of essential services as approved by regulation including: medically necessary laboratory, electroencephalographic and radiological examinations, radiotherapy for malignant and non-malignant conditions, electrocardiograms, physiotherapy facilities where available, various drugs, hospital services including meals for day patient care for diabetes, hemodialysis, ultrasonic diagnostic procedures and interpretations and electrocardiograms and interpretations, as well as specified hospital services when

NOUVELLE-ÉCOSSE

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (d): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (d): remboursement fondé sur le tarif établi par la commission pour les services hors de la province.

Services assurés supplémentaires (e): programme d'achat, de remplacement et de réparation de membres artificiels; Régime d'assurance-dentaire pour enfants nés le 1^{er} janvier 1967 ou après cette date et qui n'ont pas atteint l'âge de 16 ans, ou pour les étudiants inscrits au School for the Blind (École pour aveugles); programme de soins dentaires pour les personnes porteuses d'un bec-de-lièvre ou d'une fissure palatine; programme de médicaments pour les personnes atteintes de fibrose kystique; services dentaires fournis à certaines personnes (adultes et enfants) atteintes d'arriération mentale grave, lorsque l'hospitalisation est requise; programme de médicaments pour les personnes qui souffrent de diabète insipide; services d'optométrie. Le Régime d'assurance-médicaments (Pharmacare) pour les résidents âgés de 65 ans et plus couvre les médicaments, les fournitures pour les diabétiques et les stomisés; et le régime de médicaments pour les personnes atteintes de cancer couvre une partie des frais lorsque le revenu est limité.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (f):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: un vaste éventail de services essentiels approuvés par règlement, et qui sont requis du point de vue médical y compris: les tests de laboratoire et les examens électro-encéphalographiques et radiologiques; la radiothérapie pour les affections malignes et bénignes, les électrocardiogrammes, les installations de physiothérapie, s'il y en a; divers médicaments, les services hospitaliers, y compris les repas pour diabétiques en traitement de jour, l'hémodialyse, les procédés diagnostiques au moyen des

required for emergency diagnoses and treatment within 48 hours of an accident and specified hospital medical and surgical procedures.

ultrasons et l'analyse des résultats, les électrocardiogrammes et l'analyse des résultats ainsi que les services hospitaliers approuvés lorsqu'ils sont nécessaires pour le diagnostic et le traitement de cas d'urgence dans les 48 heures suivant un accident et les services hospitaliers approuvés qui sont nécessaires à diverses interventions chirurgicales ou médicales d'ordre mineur.

Out-of-province benefits (f):

Within Canada: In-patient for 1) emergencies and 2) with prior approval from plan of a medically necessary referral outside Nova Scotia from a Nova Scotia physician. Payment at the standard ward rate and in accordance with the interprovincial reciprocal billing agreement. Out-patient coverage based on interprovincial rates in accordance with reciprocal billing arrangement.

Services assurés hors de la province (f):

Au Canada: les services dispensés aux malades hospitalisés pour: 1) les cas d'urgence; 2) les cas qui sont dirigés vers une autre province pour des raisons médicales par un médecin de la Nouvelle-Écosse et avec l'approbation préalable de la Commission. Le paiement au tarif de la salle et conformément à l'accord conclu entre les provinces sur la facturation réciproque. Les services externes assurés sont fondés sur le tarif entre les provinces conformément à l'accord sur la facturation réciproque.

Outside Canada: Up to \$100.00 per day plus 75% of the remainder. Payment is limited to the cost of ward accommodation or where no ward accommodation exists to the lowest semi-private rate available. Out-patient services covered at interprovincial out-patient rate plus 75% of balance, when medically necessary services provided in emergency cases. Reimbursement will be at the prevailing rate for the service in Nova Scotia for non-emergency cases.

Hors du Canada: le tarif de la salle jusqu'à concurrence de 100 \$ par jour, plus 75% des frais restants. Le paiement est limité au coût de la salle ou, s'il n'existe pas de salle, au tarif de chambre à deux lits, le plus bas possible. Les frais des services externes sont assurés au tarif des services externes entre les provinces, plus 75% de la balance quand les services médicalement nécessaires sont pourvus dans les cas urgents. Pour les cas non urgents, le remboursement correspondra au tarif en vigueur en Nouvelle-Écosse pour le même service.

Authorized charges: none

Frais autorisés: aucun

Additional benefits: Ambulance subsidy program.

Services assurés supplémentaires: Programme de financement des services d'ambulance.

NEW BRUNSWICK

Medical Care Insurance

Standard benefits (d): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (d):

Within Canada: Services defined by the Medical Director as not available in New Brunswick paid at rate of host province. Other services paid at New Brunswick rate. Services of pathologists and radiologists not available in province paid at 90% of charges. Those available in New Brunswick paid at 80%.

Outside Canada: Services defined by the Medical Director as not available paid at Ontario or Quebec plan rate. Other services paid at New Brunswick rate. Pathologist and radiologist services not available in province paid at 70%; those available paid at 60%.

Additional benefits (e): One free annual eye examination for children 18 or under; drug programs for beneficiaries who are 65 years of age and older, registered with Medicare, residents of licensed nursing home, (regardless of age), and confirmed cystic fibrosis cases (regardless of age). Also available for recipients of social assistance, their eligible dependents, and child welfare cases. (Note: See Addendum re recent additions.)

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (f):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: All approved available services.

Out-of-province benefits (f):

Within Canada: In-patient: coverage at standard ward rate, for all hospital services medically necessary for the care and treatment of any disease, illness, or disability that requires admission to an approved hospital as a bed patient or in-patient. Out-patient: total amount charged for entitled services at rates established by the provincial authority in the jurisdiction in which the services were received.

NOUVEAU-BRUNSWICK

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (d): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (d):

Au Canada: services définis par le directeur des services médicaux non offerts au Nouveau-Brunswick payés au tarif prévu par la province hôte. Autres services payés au tarif prévu par le Nouveau-Brunswick. Services de pathologie et de radiologie non offerts dans la province payés à 90%; services offerts dans la province payés à 80%.

Hors du Canada: services définis par le directeur des services médicaux non offerts payés au tarif des régimes de l'Ontario et du Québec. Autres services payés au tarif prévu par le Nouveau-Brunswick. Services de pathologie et de radiologie non offerts dans la province payés à 70%; services offerts dans la province payés à 60%.

Services assurés supplémentaires (e): un examen de la vue annuel gratuit pour les enfants âgés de 18 ans et moins; programmes de médicaments pour les bénéficiaires âgés de 65 ans et plus, inscrits au régime d'assurance-maladie, inscrits à une maison de santé détenant un permis (sans égard à l'âge) ainsi que les cas confirmés de fibrose kystique (sans égard à l'âge). Aussi disponible pour les bénéficiaires d'aide sociale, leurs dépendants admissibles et les cas de protection de l'enfance. (Remarque: voir annexe sur les additions récentes.)

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (f):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services assurés hors de la province (f):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: la protection au tarif de la salle pour tous les services médicalement nécessaires pour les soins et le traitement de toute maladie ou invalidité qui exige une admission dans un hôpital approuvé pour des services au lit ou services externes. Services de consultation externe: la totalité des frais des services assurés au tarif établi par l'autorité provinciale dans le secteur de compétence dans lequel les services ont été reçus.

Outside Canada: In-patient coverage: Services not available in New Brunswick paid at an all-inclusive rate not in excess of the average standard ward rate, rounded to the nearest dollar, of the three major Canadian hospitals selected by the Medical Director. Other services paid at an all-inclusive rate not in excess of the average standard ward rate, rounded to the nearest dollar, of the three largest New Brunswick hospitals. These rates are calculated on July 1 of each year. Out-patient coverage: paid at New Brunswick rate or the amount charged whichever is less.

Authorized charges: None for hospital care within scope of Hospital Insurance Program, (Note: see Addendum re current situation), however persons awaiting nursing home placement are charged, after 30 days, \$13.70 per day. (Note: See Addendum re current charges.)

Additional benefits: Nursing home services (financial assistance).

Hors du Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: services non offerts au Nouveau-Brunswick payés entièrement à un tarif ne dépassant pas le tarif moyen de la salle (arrondi au dollar) des trois principaux hôpitaux canadiens choisis par le directeur médical. Les autres services payés entièrement à un tarif ne dépassant pas le tarif moyen de la salle (arrondi au dollar) des trois plus grands hôpitaux du Nouveau-Brunswick. Ces tarifs sont calculés le 1^{er} juillet de chaque année. Services dispensés aux malades externes: services payés au tarif du Nouveau-Brunswick ou le montant facturé, en prenant le moins élevé de ces montants.

Frais autorisés: aucun frais pour les soins hospitaliers couverts par le Régime d'assurance-hospitalisation, toutefois les personnes qui attendent d'être placées dans une maison de santé doivent payer 13,70 \$ par jour après 30 jours. (Remarque: voir annexe sur les frais actuellement en vigueur.)

Services assurés supplémentaires: services en maison de repos (assistance financière).

QUEBEC

Medical Care Insurance

Standard benefits (d): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (d): Insured services paid up to Quebec rates upon presentation of a fee statement of services rendered.

Additional benefits (e): Assistance towards the cost of appliances supplied to persons with permanent colostomy, ileostomy or urostomy; breast prostheses grant program following mastectomy; dental services for children under the age of 16; dental services, including dentures, for social aid recipients; drugs and related professional services for recipients of social aid and recipients of certain governmental social aid measures, for persons aged 65 years and over, for persons aged 60 to 64 inclusive who are eligible for an allowance under the Old Age Security Act and would otherwise, without that allowance, be eligible for social aid or certain governmental social aid measures; hearing aids program for all persons 35 years of age and under and social aid recipients over 35. Persons 36 or over who already use an aid paid for by the Régie are also now included; assistance with the cost of ocular prostheses (artificial eyes) for a beneficiary who has undergone an enucleation, an evisceration, or a permanent conjunctival closure; optometry program; oral surgery, prostheses, orthopaedic appliances or other appliances specified by regulation; visual aid program for residents 35 years and under and all beneficiaries over 35 already covered by program.

QUEBEC

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (d): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (d): services assurés payés au tarif prévu par le Québec, ou moins, sur présentation d'un relevé d'honoraires mentionnant les services rendus.

Services assurés supplémentaires (e): le programme de subventions pour appareils fournis aux résidents du Québec ayant subi: une colostomie, une iléostomie ou une urostomie permanente; le programme de subventions pour prothèses mammaires après mastectomie; les services dentaires pour les enfants de moins de 16 ans; les services dentaires, y compris les prothèses dentaires, pour les assistés sociaux; les médicaments et les services professionnels connexes pour les bénéficiaires de certaines mesures d'aide sociale gouvernementale, pour les personnes de 65 ans et plus et pour les personnes de 60 à 64 ans inclusivement qui sont admissibles à une allocation en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse et qui, sans cette allocation, auraient droit à l'aide sociale ou à certaines mesures d'aide sociale gouvernementale; un programme d'aide pour les handicapés auditifs de 35 ans ou moins et les bénéficiaires d'aide sociale de 35 ans et plus. Tous les résidents du Québec âgés de plus de 36 ans, qui possèdent déjà un appareil payé par la Régie et qui avaient atteint la limite d'âge, sont maintenant inclus; le programme de subventions pour prothèses oculaires (yeux artificiels), fournis aux résidents du Québec, ayant subi une énucléation, une éviscération ou un recouvrement conjonctival permanent; la chirurgie buccale, le programme de services optométriques, les prothèses et les appareils orthopédiques ou autres déterminés par règlement; un programme d'aide pour les handicapés visuels âgés de 35 ans et moins et tous les résidents âgés de plus de 35 ans qui sont déjà couverts par ce programme.

Premium per month: none (j)

Hospital InsuranceStandard benefits (f):

In-patient: Standard ward including all medically required services.

Out-patient: Clinical services of day or night psychiatric care, electroconvulsive therapy, insulin shock therapy, behavioural therapy; emergency care, minor surgery, radiotherapy, diagnostic services, physiotherapy, occupational therapy and inhalation therapy services, orthoptic services; services or examinations necessary for a resident to obtain

Prime mensuelle: aucune (j)

Régime d'assurance-hospitalisationServices assurés ordinaires (f):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services en salle commune et tous les services médicalement nécessaires.

Services de consultation externe: les services en clinique psychiatrique de jour ou de nuit, les traitements par électrochoc, l'insulinothérapie et la thérapie de comportement; les soins d'urgence, les soins en chirurgie mineure, la radiothérapie, les services diagnostiques, les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'inhalothérapie, les services d'orthoptique;

employment, or those required in the course of employment or on the demand of the employer, provided that such examination or service is required by a law of Quebec other than the Collective Agreement Decrees Act; hearing and speech services.

les services ou les examens auxquels doit se soumettre un résident en vue d'obtenir un emploi, ou auxquels il doit se soumettre en cours d'emploi ou encore qui sont requis par un employeur à la condition qu'un tel examen ou service soit exigé par une loi du Québec autre que la Loi des décrets de la convention collective; les services d'audiologie et d'orthophonie.

Out-of-province benefits (f):

Within Canada: In-patient: Approved standard ward rate. Out-patient: Insured services at the prevailing rate of the hospital where these services are received.

Outside Canada: The cost of hospital services provided outside Canada are reimbursed by the Régie de l'assurance-maladie du Québec only in emergencies. Up to \$700.00 is reimbursed in full and 50% of any amount in excess of that sum. Certain beneficiaries (students in recognized institutions, those receiving full-time training in a university or other specified institution, Quebec government employees, and those employed in an approved non-profit organization) residing temporarily outside Canada, are reimbursed 100% cost of emergency hospital and 75% of non-emergency hospital services. Exclusions: spas, nursing homes or other similar establishments.

Services assurés hors de la province (f):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: le tarif approuvé de la salle. Services de consultation externe: les services assurés, au tarif de l'hôpital en cause.

Hors du Canada: la Régie de l'assurance-maladie du Québec rembourse les services hospitaliers reçus hors du Canada uniquement dans les cas d'urgence. La Régie paie le coût des services hospitaliers jusqu'à concurrence de 700 \$ plus 50% des frais excédant ce montant. Cependant, pour certains bénéficiaires (les étudiants, les fonctionnaires du gouvernement du Québec, etc.) qui résident temporairement hors du Canada, les services reçus dans un centre hospitalier à la suite d'une maladie subite ou d'une situation d'urgence sont remboursables à 100% sur production d'une demande détaillée; dans les autres cas, les services sont remboursés à 75%. Sont exclus: les stations thermales, les maisons de repos ou autres refuges analogues.

frais autorisés:

Les frais autorisés sont de 13,71 \$ par jour pour les malades chroniques hospitalisés dans les hôpitaux de soins prolongés ou dans des unités de soins prolongés d'hôpitaux de courte durée. Les enfants âgés de moins de 18 ans sont exemptés. Les personnes à faible revenu peuvent jouir d'une exemption totale ou partielle, selon leur situation. (Remarque: voir l'annexe sur les tarifs en vigueur.)

Services assurés supplémentaires:

Les services additionnels dont peut bénéficier la population du Québec dans le cadre des programmes spéciaux du ministère des Affaires sociales comprennent:

Additional Benefits

Additional services offered to the Quebec population under special programs of the Department of Social Affairs include:

- the transportation of sick persons according to specified criteria;
- certain special medications at a reduced price (\$2.00 per medication for a period of 28 days) for ambulatory patients who suffer from cancer, cystic fibrosis, tuberculosis, primary hyperlipoproteinemia, diabetes insipidus or psychiatric illness;

- le transport des personnes malades conformément à certains critères particuliers;
- certains médicaments spéciaux à prix réduit (2 \$ par médicament par périod de 28 jours) pour les malades sur pied qui souffrent de cancer, de fibrose kystique, de tuberculose, d'hyperlipoprotéinémie primaire, de diabète insipide ou de maladie psychiatrique;

- home care services ordered by the attending physician to permit convalescence at home and reduce hospitalization - this program includes renal dialysis and parenteral nutrition;
 - home help services to encourage the maintenance at home and avoidance of family break-up or long-term institutionalization for elderly persons;
 - free ambulance service for persons aged 65 years and over;
 - laryngectomy-related appliances and services supplied out of two designated establishments.
- les soins à domicile prescrits par le médecin traitant afin de permettre la convalescence à la maison et de réduire la durée de l'hospitalisation - ce programme comprend la dialyse rénale et l'alimentation par voie parentérale;
 - des services d'aide domestique pour les personnes âgées afin de les encourager à rester dans leur foyer et d'éviter les séparations de la famille ou l'hospitalisation à long terme;
 - des services ambulanciers gratuits pour les personnes âgées de 65 ans et plus;
 - un programme d'aide aux laryngectomisés par le biais de deux établissements désignés.

ONTARIO

Medical Care Insurance

Standard benefits (d): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (d): Standard and additional benefits, except take home drugs, paid at Ontario rates.

Additional benefits (e): Assistive devices program administered by Ministry of Health; chiropody; chiropractic services; drug benefit plan administered by Ministry of Health free for Canadian citizens 65 and over, landed immigrants in province previous 12 months, disabled persons, and those with limited incomes; optometry (diagnostic); osteopathy; out-of-hospital physiotherapy (limited to approved facilities). Note: Annual maximum dollar limits on chiropractic, chiropodist and osteopathic services.

Premiums per month (g):

Single - \$27.00 (h). Family of two or more - \$54.00 (h). (Note: See Addendum re current charges.)

Hospital Insurance

Standard benefits (f):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Broad range of essential services, including diagnostic services, physiotherapy, occupational, speech and radiotherapy, and other hospital services when medically necessary. Where available from a hospital, the provision of equipment, supplies and medications for use in the home by haemophiliac patients for emergency treatment or the prevention of haemorrhage, and home dialysis and home hyperalimentation equipment supplied through the hospital.

Out-of-province benefits (f):

Within Canada: Full standard ward rate in other Canadian provinces less any co-insurance or capital charges made by province concerned. For generally accepted surgical procedures not available in Ontario, the patient must: a) be referred by an Ontario physician; and b) have prior Plan approval. The Plan will attempt to inform the patient of the amount they will pay

ONTARIO

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (d): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (d): services assurés, ordinaires et supplémentaires (sauf les médicaments pris à la maison) payés au tarif prévu par l'Ontario.

Services assurés supplémentaires (e): programme d'aide pour l'achat d'appareils orthopédiques, administré par le ministère de la Santé; la chiropodie; la chiropraxie; le Régime de médicaments gratuits administré par le ministère de la Santé à l'intention des citoyens canadiens âgés de 65 ans et plus, des immigrants reçus demeurant dans la province depuis les douze derniers mois, des infirmes et des personnes à revenu modeste; les services de diagnostic en optométrie; l'ostéopathie; les services de physiothérapie à l'extérieur de l'hôpital (seulement dans les établissements autorisés). Remarque: services de chiropraxie, de chiropodie et d'ostéopathie assurés jusqu'à concurrence d'un montant maximal annuel.

Prime mensuelle (g):

Personne seule - 27 \$ (h). Famille de deux personnes ou plus - 54 \$ (h). (Remarque: voir note sur les frais actuellement en vigueur.)

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (f):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: un vaste éventail de services essentiels, y compris les services de diagnostic, la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, la radiothérapie, l' inhalothérapie, et d'autres services hospitaliers requis du point de vue médical. L'équipement, le matériel et les médicaments employés à domicile par un hémophile pour le traitement d'urgence ou la prévention des hémorragies, et fournitures pour la dialyse à domicile et la suralimentation à domicile lorsqu'un hôpital peut les fournir.

Services assurés hors de la province (f):

Au Canada: plein tarif de la salle prévu par les autres provinces canadiennes moins les frais modérateurs ou les frais d'établissement de la province en cause. Dans le cas des interventions chirurgicales généralement admises mais non offertes en Ontario, le patient doit: a) être adressé par un médecin de l'Ontario; et b) obtenir au préalable l'autorisation du

for the surgery. Home renal dialysis when arranged through a hospital. Physiotherapy services provided through a hospital. Ambulance services (for medically required services with supporting documentation), 75% of cost.

Outside Canada: For approved treatment deemed unavailable in Ontario, 100% of hospital charges for insured in-patient or out-patient with prior approval from plan. Elective hospital care is paid at 75% of the standard ward charges for insured services. Renal dialysis in approved health facilities. Treatment of acute mental illness or mental illness where the General Manager is of the opinion that suitable facilities are not available in Ontario, 75% of calculated standard ward rate for 60 days, with approved extensions. Seventy-five percent of ambulance services (for medically required services with supporting documentation).

Authorized charges: Chronic care charge of \$14.72 per day after 60 days hospitalization with exemptions up to 360 days for rehabilitation of convalescent patients upon medical certification; also, partial or complete exemptions, if limited family income. (Note: Rate increases quarterly in line with Consumer Price Index. See Addendum for details and current charges.)

Additional benefits: Ambulance services (land and air) when medically required subject to a co-payment charge of \$21.00 per trip (currently \$22.00). Home care program. Nursing home benefit.

Régime. Le Régime tentera d'indiquer au patient la somme qui sera payée pour la chirurgie. Au Canada, la dialyse rénale à domicile, lorsque les dispositions sont prises par l'intermédiaire d'un hôpital. Les services de physiothérapie dispensés par l'intermédiaire d'un hôpital. Les services d'ambulance (pour les services justifiés sur le plan médical, documents à l'appui), 75% des coûts.

Hors du Canada: pour un traitement approuvé et jugé indisponible en Ontario, 100% des frais d'hôpitaux aux malades hospitalisés ou aux malades externes avec l'approbation préalable de la Commission. Les soins d'hôpitaux non urgents sont payés à 75% du tarif de la salle pour les services assurés; dialyse rénale dans les établissements de santé autorisés. Le traitement d'une maladie mentale aiguë ou d'une maladie mentale pour laquelle, de l'avis du directeur général, des installations appropriées ne sont pas disponibles en Ontario, 75% du tarif de la salle calculé pour 60 jours, en plus des prolongations autorisées. Soixante-quinze pour cent des frais de services d'ambulance (pour les services justifiés sur le plan médical, documents à l'appui).

Frais autorisés: pour les malades chroniques, des frais de 14,72 \$ par jour après 60 jours d'hospitalisation, avec exemptions d'une durée maximale de 360 jours pour la réadaptation des convalescents, sur présentation d'un certificat médical, et exemptions partielles ou complètes suivant le revenu familial. (Remarque: le tarif augmente tous les trimestres conformément à l'Indice des prix à la consommation. Voir l'annexe pour obtenir plus de détails et connaître le tarif actuel.)

Services assurés supplémentaires: les services ambulanciers (aériens et terrestres) nécessaires au point de vue médical, sous réserve d'un copaiement de 21 \$ par voyage (présentement 22 \$). Le programme de soins à domicile. Services assurés de maison de santé.

MANITOBA

Medical Care Insurance

Standard benefits (d): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (d): Standard benefits paid at Manitoba rates. (Effective July 1984. Within Canada: payment for insured medical services is at the rate that is approved by the health care insurance plan of the province in which the services are provided. Outside Canada: Standard benefits paid at Manitoba rates. Payment for elective cases is subject to prior approval by Commission.)

Additional benefits (e): Artificial eyes program; breast prostheses and surgical brassieres following mastectomy (dollar limits); certain chiropractic services (dollar limits); contact lens following congenital cataract surgery; eyeglasses program provides assistance in the purchase of eyeglasses and where medically required, contact lenses, for persons 65 years of age and over; certain optometric services; prescription drugs partially covered; prosthetic devices and certain limb and spinal orthotic devices and services when prescribed by a doctor; assistance in the purchase of telecommunication devices for the profoundly deaf. Children's programs for those under 18 years: cleft lip/cleft palate treatment and rehabilitation program, hearing aids and orthopedic shoes.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (f):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: All services except drugs and dressings in certain cases. Physiotherapy, occupational therapy and speech therapy are covered when provided in hospitals designated by the Commission.

Out-of-province benefits (f):

Within Canada: In-patient: Rate approved by provincial plan of host province in accordance with the interprovincial agreement.

MANITOBA

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (d): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (d): services assurés payés au tarif prévu par le Manitoba. (Depuis juillet 1984, au Canada: Le paiement des services médicaux assurés est au tarif approuvé par le régime d'assurance-santé de la province dans lequel les services sont fournis. Hors du Canada: services assurés payés au tarif prévu par le Manitoba. Le paiement des cas non urgents se fait sous réserve de l'approbation préalable de la Commission.)

Services assurés supplémentaires (e): les yeux artificiels; les prothèses mammaires et soutiens-gorge spéciaux après la mastectomie (limites de dollars); certains services de chiropraxie (limites de dollars); les lentilles cornées requises après une intervention chirurgicale pour une cataracte congénitale; programme de lunettes pourvoit l'aide financière pour l'achat de lunettes et, lorsque c'est justifié sur le plan médical, de lentilles cornées, pour les personnes âgées de 65 ans et plus; certains services d'optométrie; les médicaments prescrits qui sont couverts en partie; les prothèses et certains appareils et services orthopédiques pour les membres et la colonne vertébrale, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin; aide pour l'achat d'appareils de télécommunication pour les personnes atteintes de surdité profonde. Programmes pour les enfants âgés de moins de 18 ans: programme de traitement et de réadaptation en cas de fissure palatine ou labiale, programme d'aide aux handicapés auditifs et chaussures orthopédiques.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (f):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: tous les services sauf, dans certains cas, les médicaments et les pansements. La physiothérapie, l'ergothérapie, la rééducation du langage sont couverts quand ils sont offerts dans un hôpital désigné par la Commission.

Services assurés hors de la province (f):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: tarif approuvé par le régime de la province hôte conformément à l'accord conclu

Out-patient: Provided in accordance with the interprovincial agreement.

Outside Canada: In-patient: The greater of 75% of hospital's charges for insured services, or a daily allowance approved by the Commission if: 1) emergency, 2) adequate care not available in Manitoba, 3) during three months following permanent move, 4) temporary employment or education. The lesser of 75% of hospital's charges or a daily allowance for elective cases. (Effective July 1984, payment for hospital services for elective cases is subject to prior approval by Commission.) Out-patient: Covered up to \$37.00 (currently \$41.00) per visit or 75%, whichever is greater, but no more than the hospital charges.

Authorized charges: None for hospital care within scope of Hospital Insurance Program, however, persons awaiting placement in personal care homes are charged \$12.00 per day. (Note: See Addendum re current charges.)

Additional benefits: Personal care homes: Standard ward and all approved available services. A \$12.00 per day residential charge is payable by insured persons receiving personal care in personal care homes. (Note: See Addendum re current charges.)

Northern patient transportation program provides for the cost of transportation to obtain medical or hospital health care services.

entre les provinces. Services de consultation externe: dispensés conformément à l'accord conclu entre les provinces.

Hors du Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: la plus élevée de ces sommes: 75% des frais pour les prestations des services hospitaliers pour des services assurés ou une allocation quotidienne approuvée par la Commission dans les cas: 1) d'urgence, 2) où les soins requis ne sont pas disponibles au Manitoba, 3) où les soins sont dispensés dans les trois mois suivant le départ permanent, 4) d'une absence temporaire pour raison de travail ou d'études. La moins élevée de ces deux sommes: 75% des frais ou une allocation quotidienne pour les cas d'hospitalisation non urgente. (Depuis juillet 1984, le paiement pour les services hospitaliers dans les cas non urgents est sujet à l'approbation préalable de la Commission.) Services de consultation externe: payés jusqu'à concurrence de 37 \$ (présentement 41 \$) par visite, ou de 75%, de la facture, le plus élevé des deux montants étant retenu, mais pas plus que les frais d'hôpitaux.

Frais autorisés: aucun frais pour les soins hospitaliers couverts par le Régime d'assurance-hospitalisation, toutefois les personnes qui attendent d'être placées dans des foyers de soins personnalisés doivent payer 12 \$ par jour. (Remarque: voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

Services assurés supplémentaires: foyers de soins personnalisés: salle et tous les services offerts autorisés. Les foyers exigeront une somme de 12 \$ par jour des personnes assurées qui y reçoivent des soins personnels. (Remarque: voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

Le Programme de transport à l'intention des malades qui résident dans le nord de la province prend en charge les frais de transport pour recevoir des soins médicaux ou des soins en milieu hospitalier en raison de problèmes de santé.

SASKATCHEWAN

Medical Care Insurance

Standard benefits (d): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (d): Standard benefits, administered by the Commission, paid at Saskatchewan rates. Various rates for approved services not available in province covered when prior approval received.

Additional benefits (e): Cleft palate referred services by a dentist; chiropractic; optometry; oral surgery by a dentist. With certain exceptions, Saskatchewan residents holding valid health services cards are eligible for the benefits of other plans administered by the provincial department of health. These include: aids to independent living (medical equipment and supplies provided on free-loan basis to handicapped residents, drugs supplied for certain diseases, e.g. cystic fibrosis, telephone equipment supplied to special needs residents, partial payment of ostomy supplies); children's dental plan; subsidized hearing aid plan and a prescription drug plan.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (f):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: To the extent that hospitals are able to provide them.

Out-of-province benefits (f):

Within Canada: In-patient: Standard ward rate less co-insurance charge where applicable. Out-patient: Total amount charged.

Outside Canada: In-patient: Standard ward, less exchange on U.S. currency, up to a rate equal to the average daily rate for the Regina and Saskatoon hospitals in the preceding fiscal year. (January 1, 1983 - up to \$204.00 Canadian.) Referral with approval for treatment unavailable in Canada: All fair and reasonable hospital charges including exchange on U.S.

SASKATCHEWAN

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (d): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (d): services assurés ordinaires, administrés par la Commission, payés au tarif prévu par la Saskatchewan. Services autorisés non offerts dans la province payés à des tarifs différents, lorsque autorisés au préalable.

Services assurés supplémentaires (e): soins dentaires pour les personnes porteuses d'une fissure palatine lorsque le cas est adressé par un dentiste; chiropraxie, optométrie, services de chirurgie buccale dispensés par un dentiste. Sauf certaines exceptions, les résidents de la Saskatchewan possédant des cartes de santé valides sont admissibles aux services d'autres régimes administrés par le ministère provincial de la Santé. Ces services comprennent des aides visant à promouvoir l'autonomie (fournitures et équipement médicaux prêtés gratuitement aux résidents handicapés, médicaments fournis pour certaines maladies, par exemple la fibrose kystique, matériel téléphonique fourni aux résidents présentant des besoins spéciaux, paiement partiel des fournitures pour stomisés); Régime de soins dentaires pour enfants; régime de subventions pour prothèses auditives et régime de médicaments prescrits.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (f):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: les services sont assurés dans la mesure où un hôpital peut les fournir.

Services assurés hors de la province (f):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: le tarif de la salle, moins les frais modérateurs le cas échéant. Services de consultation externe: la totalité des frais facturés.

Hors du Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: salle, moins le taux de change du dollar américain, jusqu'au tarif égal à la moyenne du tarif quotidien pour les hôpitaux de Regina et de Saskatoon dans l'année budgétaire précédente. (1^{er} janvier 1983 - jusqu'à concurrence de 204 \$ canadien.) Les patients dirigés ailleurs avec approbation

currency for insured hospital services received. Out-patient: Total amount charged, less exchange on U.S. currency, provided services are a benefit in Saskatchewan.

Authorized charges: None for hospital care within scope of Hospital Insurance Program. However, since July 1981, long-term care services are no longer an insured benefit under the plan and require a patient (or resident) to pay a monthly charge of \$417.00. (Note: See Addendum re current charges.)

Additional benefits: A subsidized air ambulance service, administered by the department of health, transports patients with medical emergencies from small towns to urban centres. Private practice physiotherapy and osteopathy (facilities under contract with Minister of Health).

pour des traitements non offerts au Canada: tous les frais raisonnables, incluant le taux de change du dollar américain pour les services hospitaliers assurés obtenus. Services de consultation externe: la totalité des frais, moins le taux de change du dollar américain, à la condition que les services en question soient assurés en Saskatchewan.

Frais autorisés: aucun frais pour les soins hospitaliers couverts par le Régime d'assurance-hospitalisation. Toutefois depuis le 1er juillet 1981, les services de soins prolongés ne sont plus assurés en vertu du régime. Les personnes (ou les résidents) doivent payer 417 \$ par mois. (Remarque: voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

Services assurés supplémentaires: un service d'ambulance aérienne subventionné, administré par le ministère de la Santé, transporte les malades des petites localités vers les centres urbains dans les cas d'urgence médicale. Services de physiothérapie en cabinet privé et l'ostéopathie (dans les établissements ayant signé un contrat avec le ministère de la Santé).

ALBERTA**Medical Care Insurance**

Standard benefits (d): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals (k).

Out-of-province benefits (d): Standard benefits within and outside country paid up to Alberta rate.

Additional benefits (e): Through the Alberta Health Care Insurance Plan: chiropractic services; dental services rendered by dental surgeons as specified in regulations; optometric services; physiotherapy services; podiatric services. Benefit ceilings on chiropractic, optometric, physiotherapy and podiatric services. An optional health services contract is available through the Alberta Health Care Insurance Plan which provides Alberta Blue Cross non-group membership at reduced rates to residents who are unable to obtain group Blue Cross coverage through an employer. Senior citizens and dependants no charge. (Effective June 1, 1983, Alberta widows and widowers 55 to 64 years, and their dependants, with limited or no income, are not charged.) For a resident 65 years and over, their spouse, and/or their dependants, the Extended Health Benefits Program provides a substantial portion of the cost of eyeglasses and a major portion of the cost of dentures and dental care. (Effective June 1, 1983 Alberta widows and widowers 55 to 64 years, and their dependants, with limited or no income are not charged.) The Department of Social Services and Community Health administers numerous programs including: aids to daily living, available free to handicapped or chronically ill residents (benefits include hearing aids, ostomy supplies, wheelchairs, etc.); a cystic fibrosis program and the extended health benefits program which assumes the cost of hearing aids and medical and surgical equipment, supplies and appliances for those 65 and over, their spouses and dependants.

Premium per month (g):

Single - \$9.50 (i). Family of two or more - \$19.00 (i). (See Addendum re current rates.)

ALBERTA**Régime de soins médicaux**

Services assurés ordinaires (d): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste (k).

Services assurés hors de la province (d): services assurés ordinaires au Canada et à l'extérieur payés jusqu'à concurrence du tarif prévu par l'Alberta.

Services assurés supplémentaires (e): en vertu du Régime d'assurance-maladie de l'Alberta: la chiropraxie; les soins dentaires dispensés par des chirurgiens-dentistes conformément aux règlements; l'optométrie; services de physiothérapie; services de podiatrie. Un maximum a été fixé pour les services de chiropraxie, d'optométrie, de physiothérapie et de podiatrie assurés. Une assurance facultative est offerte par la Commission qui permet aux résidents qui ne font partie d'aucun groupe de devenir membre de la Croix-Bleue de l'Alberta à des taux réduits par l'entremise d'un employeur (aucuns frais à débourser pour les personnes du troisième âge et les personnes à leur charge. Depuis le 1^{er} juin 1983, les veufs et veuves (55 à 64 ans) avec un revenu modeste ou sans revenu et les personnes à leur charge sont également couverts sans frais). Pour les résidents âgés de 65 ans et plus et les personnes à leur charge, le programme de services complémentaires de santé assure une importante partie du coût des lunettes et la plus grande partie du coût des dentiers et des soins dentaires. (Depuis le 1^{er} juin 1983, les veufs et veuves (55 à 64 ans) à revenu modeste ou sans revenu et les personnes à leur charge sont également couverts.) Le ministère des Services sociaux et de la Santé communautaire administre de nombreux programmes dont: la fourniture gratuite d'aides fonctionnelles pour les activités de la vie quotidienne aux personnes handicapées ou aux malades chroniques résidant dans la province (parmi les services assurés, on retrouve les prothèses auditives, les fournitures pour stomisés, les fauteuils roulants, etc.); un programme de fibrose kystique et le programme de services complémentaires de santé assurés qui couvre le coût des prothèses auditives, du matériel, des fournitures et appareils médicaux et chirurgicaux pour les personnes âgées de 65 ans et plus, leur conjoint et les personnes à leur charge.

Prime mensuelle (g):

Personne seule - 9,50 \$ (i). Famille de deux personnes ou plus - 19 \$ (i). (Voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

Hospital Insurance

Standard benefits (f):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: To the extent that the hospital is able to provide insured services.

Out-of-province benefits (f):

Within Canada: In-patient: All in-patient charges in Canadian active treatment or auxiliary hospitals. Out-patient: All services provided by hospitals in Canada at their respective approved rates.

Outside Canada: In-patient: In active treatment hospitals - \$150.00 per day or the actual cost whichever is the lesser. Out-patient: For out-patient services at an active treatment hospital, the lesser of the amount charged or the amount that would be paid for the same services in Alberta.

Authorized charges (applies only to Alberta hospitals): Patients are required to pay a \$5.00 admission charge to active treatment hospitals, (Note: See Addendum re current charge). Excluded are: newborns, inter-hospital transfers, re-admission within 30 days, hospitalization approved by a cancer clinic, polio patients, multiple handicapped children's units, residents aged 65 or over, their spouse and dependants, recipients of social assistance from Department of Social Services and Community Health and out-of-province cases.

Auxiliary hospitals: \$8.00 per day after 120 days (accommodation for chronic care). Where a private room is provided at the request of the patient, an additional charge of \$4.50 per day is payable, upon admission to the facility.

Emergency Financial Assistance Program: For hospital and medical care services not available in province or provided in an emergency, assistance exists for cases of financial hardship.

Additional benefits: Air ambulance program provides air transportation for seriously ill patients to major acute care facilities. Home care program; nursing home benefit.

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (f):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: dans la mesure où l'hôpital peut fournir les services assurés.

Services assurés hors de la province (f):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: tous les frais des services dans les hôpitaux de soins de courte durée ou auxiliaires canadiens. Services de consultation externe: tous les services de consultation externe dispensés dans les hôpitaux au Canada à leurs taux respectifs approuvés.

Hors du Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: dans les hôpitaux de soins de courte durée, la moins élevée de ces deux sommes: 150 \$ par jour ou le coût réel. Services de consultation externe: pour les services de consultation externe dispensés dans un hôpital de soins de courte durée, le moins élevé de ces montants: le coût réel des services rendus ou le montant que coûterait le même service en Alberta.

Frais autorisés (pour les hôpitaux de l'Alberta seulement): les malades doivent débourser 5 \$ pour être admis dans un hôpital de soins de courte durée. (Remarque: voir l'annexe sur les frais en vigueur.) Sont exclus les nouveau-nés, les malades transférés d'un hôpital à l'autre, les malades réadmis dans les 30 jours qui suivent le congé de l'hôpital, les malades dont l'admission est approuvée dans une clinique du cancer, les malades atteints de poliomyélite, les enfants admis dans des unités pour handicaps multiples, les résidents âgés de 65 ans et plus, leur conjoint et les personnes à leur charge, les bénéficiaires d'aide sociale du ministère des Services sociaux et de la Santé communautaire et les cas hors de la province.

Les hôpitaux auxiliaires: 8 \$ par jour après 120 jours (hébergement pour des soins chroniques). Lorsqu'un malade occupe une chambre privée parce qu'il en a fait la demande, un supplément de 4,50 \$ par jour est payable, lorsqu'il est admis.

Programme d'aide financière d'urgence: pour les services hospitaliers et les soins médicaux non offerts dans la province ou fournis en cas d'urgence, une aide peut être octroyée en cas de difficulté financière.

Services assurés supplémentaires: le programme d'ambulance aérienne offre des services de transport aérien aux patients gravement malades à des centres majeurs de soins aigus. Programme de soins à domicile; prestations en foyer de soins.

BRITISH COLUMBIA

Medical Care Insurance

Standard benefits (d): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals (k).

Out-of-province benefits (d):

Standard benefits, in emergency or with prior approval, paid up to B.C. rates.

Additional benefits (e): Chiropractic naturopathy, orthoptic, physiotherapy, massage practitioners and podiatric services partially covered; orthodontic services for hare lip and/or cleft palate covered (age limit); approved optometric services; extended role services of a registered nurse where:

- a) an arrangement for the rendering and for the payment of these services is approved by the Commission; and
- b) these services are rendered in an area of the province where a medical practitioner is not normally available.

Free prescription drug program for residents 65 years and over, the handicapped and the chronically ill, and a universal Pharmacare plan which protects individuals from financial hardship as a result of high prescription drug expenses. User charges - \$175.00 deductible plus 20% co-payment. Further details may be obtained by writing Pharmacare, Ministry of Human Resources, 1275 West 6th Avenue, Vancouver, British Columbia, V6H 1A5.

Premium per month (g):

Single - \$16.00. Two persons - \$30.00. Family of three or more persons - \$34.00. (Note: Premium rates are subject to change within each fiscal year. See Addendum re current rates.)

Hospital Insurance

Standard benefits (f):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Emergency services, minor surgical procedures, day care surgical services, out-patient cancer therapy, psychiatric day care

COLombie-BRITANNIQUE

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (d): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste (k).

Services assurés hors de la province (d):

Services assurés ordinaires, en cas d'urgence ou avec autorisation préalable, payés jusqu'à concurrence du tarif prévu par la Colombie-Britannique.

Services assurés supplémentaires (e): services de chiropraxie, de naturopathie, d'orthoptique, de physiothérapie, de massothérapeutes et de podiatrie sont partiellement couverts; les services d'orthodontie pour les personnes porteuses d'un bec-de-lièvre ou d'une fissure palatine sont couverts (limite d'âge); services d'optométrie approuvés; en outre les services d'un(e) infirmier(ère) diplômé(e) au rôle élargi lorsque:

- a) la Commission approuve une entente conclue pour assurer la prestation et le remboursement de ces services; et
- b) ces services sont dispensés dans une région de la province où un médecin n'est pas normalement disponible.

Le Programme gratuit de médicaments prescrits pour les résidents âgés de 65 ans et plus, les handicapés et les malades chroniques et le Régime de médicaments prescrits (Pharmacare) offert à l'ensemble de la population, afin de protéger les individus des difficultés financières que peut entraîner l'achat de médicaments prescrits. Frais modérateurs-franchise de 175 \$ plus copaiement à 20%. De plus amples renseignements sur ce programme peuvent être obtenus en écrivant à Pharmacare, Ministry of Human Resources, 1275 West 6th Avenue, Vancouver, British Columbia, V6H 1A5.

Prime mensuelle (g):

Personne seule - 16 \$. Deux personnes - 30 \$. Famille de trois personnes ou plus - 34 \$. (Remarque: le tarif des primes peut changer à l'intérieur d'une année financière. Voir l'annexe sur les tarifs en vigueur.)

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (f):

Service dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: les soins d'urgence, les soins en chirurgie mineure, les soins en chirurgie de jour, le traitement des

and night care services, day care rehabilitation services, narcotic addiction services, physiotherapy services, diabetic day care, and specified out-patient psychiatric services (in designated hospitals), dietetic counselling services; cytology services operated by the Cancer Control Agency of British Columbia and renal dialysis treatments for chronic renal failure (in designated hospitals); day care services at the Arthritis Centre of British Columbia and psoriasis day care services at Shaughnessy Hospital, Vancouver, and Victoria General Hospital, Victoria.

Out-of-province benefits (f):

Within Canada: In-patient: During a temporary period of absence that ends at midnight on the last day of the 12th month following the month of departure from province - maximum stay of 12 months unless otherwise approved. Referral, if approved by Deputy Minister. Out-patient: Emergency services and minor surgery with a \$4.00 charge payable by the patient (Note: See Addendum re current charge); day care surgical services with a \$7.00 charge payable by the patient (See Addendum re current charge) and out-patient dialysis treatment with no charge to the patient. Computerized axial tomography.

Outside Canada: For emergency illness or accidental injury, in-patient maximum \$75.00 per day for adults and children, \$36.00 per day for newborns, \$230.00 or actual charge, whichever is lesser, for out-patient dialysis for chronic renal failure (Canadian funds).

Qualified persons who have obtained written prior approval to seek hospital treatment as in-patients outside of Canada are provided with benefits as follows:

- the usual and customary charge made by the hospital or institution providing the hospital service, less the authorized charges, if the benefits are not available in British Columbia; or
- a sum not greater than the per diem rate approved for an equivalent facility in British Columbia, less the authorized charges, if the benefits are available in British Columbia.

cancéreux non hospitalisés, les soins psychiatriques de jour et de nuit, les services de réadaptation de jour, le traitement de la toxicomanie, les services de physiothérapie, le traitement de jour pour les diabétiques et certains services de psychiatrie en clinique de consultation externe (dans les hôpitaux désignés), les services de consultation diététique, les services de cytologie exploités par la B.C. Cancer Institute et les services de dialyse rénale (dans les hôpitaux désignés); les soins de jour au Centre pour arthritiques de la Colombie-Britannique (Arthritis Centre of British Columbia) et les soins de jour pour les personnes souffrant de psoriasis à l'hôpital Shaughnessy de Vancouver, et le Victoria General Hospital de Victoria.

Services assurés hors de la province (f):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: les services reçus au cours d'une absence temporaire se terminant à minuit le dernier jour du 12^e mois suivant le mois du départ de la province - une absence maximale de 12 mois, sauf disposition contraire. Les services reçus par un malade dirigé ailleurs pour des traitements avec l'approbation du sous-ministre. Services de consultation externe: services d'urgence et de chirurgie mineure pour lesquels des frais de 4 \$ sont payables par le patient; (Remarque: voir l'annexe sur les tarifs en vigueur.) Services de soins en chirurgie de jour pour lesquels des frais de 7 \$ sont payables par le patient (voir l'annexe sur les tarifs en vigueur) et traitement de dialyse destiné aux malades externes sans frais imputables au patient. Scanographie.

Hors du Canada: pour les cas d'urgence ou les blessures accidentelles, un maximum de 75 \$ par jour pour les adultes ou les enfants hospitalisés, de 36 \$ par jour pour les nouveau-nés et de 230 \$ ou le coût réel, la moins élevée des deux sommes, pour le traitement de dialyse rénale aux personnes non hospitalisées souffrant d'insuffisance rénale chronique (en devises canadiennes).

Pour les personnes admissibles qui ont obtenu l'autorisation écrite d'être hospitalisées à l'extérieur du Canada:

- les frais habituellement demandés par l'hôpital ou l'établissement fournissant les services hospitaliers, moins les frais autorisés, si les services n'étaient pas disponibles en Colombie-Britannique; ou
- un montant n'excédant pas le tarif à la journée autorisé pour un établissement équivalent en Colombie-Britannique, moins les frais autorisés, si les services étaient disponibles en Colombie-Britannique.

Authorized charges: (Note: See Addendum re current charges.)

- a) \$7.50 per day for acute and rehabilitative care in hospitals, excluding newborns and organ donors;
- b) \$11.50 per day for adults in extended care hospitals;
- c) \$4.00 for each emergency or minor surgical out-patient treatment;
- d) \$7.00 for day care surgical services.

Additional benefits: Subsidized ambulance services.

Frais autorisés: (Remarque: voir l'annexe sur les tarifs en vigueur.)

- a) 7,50 \$ par jour pour les soins dispensés aux malades aigus et les traitements de réadaptation dans les hôpitaux, sauf pour les nouveau-nés et les donneurs d'organes;
- b) 11,50 \$ par jour pour les adultes dans les hôpitaux de soins prolongés;
- c) 4 \$ pour tout service d'urgence ou les soins en chirurgie mineure en clinique de consultation externe;
- d) 7 \$ par jour pour les soins en chirurgie de jour.

Services assurés supplémentaires: services subventionnés d'ambulance.

NORTHWEST TERRITORIES

Medical Care Insurance

Standard benefits (d): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (d):

Within Canada: Standard benefits paid at approved rate of host province.

Outside Canada: Standard benefits paid up to Northwest Territories rate.

Additional benefits (e): Extended medical benefits program covers costs related to investigation, treatment, drugs, air and ground transportation, necessary escort services, and stipends for accommodation and meals, for patients of specified diseases when referred by a medical practitioner to the nearest treatment centre. Diseases covered are: cancer, tuberculosis, mental illness or chronic psychosis, cystic fibrosis, cleft lip or palate, spina bifida, diabetes mellitus, congenital anomalies and chronic diseases of the urinary system, and venereal disease (Note: coverage for venereal disease does not include travel, accommodation or meals); medical transportation program assists residents with the cost of transportation necessary to provide access to required medical or hospital care; Pharmacare program covers the cost of approved prescribed prescription drugs for residents 65 years of age and older, individuals of treaty Indian and Inuit status, and persons with specified chronic diseases.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (f):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Emergency and follow-up treatment of injuries; medically necessary diagnostic radiological examinations with necessary interpretations; laboratory examinations; minor surgical procedures; physiotherapy and radiotherapy where available; certain day care surgical procedures; psychiatric and psychology services provided under an approved hospital program.

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (d): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (d):

Au Canada: services assurés ordinaires payés au tarif prévu par la province hôte.

Hors du Canada: services ordinaires assurés payés au tarif prévu par les Territoires du Nord-Ouest.

Services assurés supplémentaires (e): le programme de prestations élargies d'assurance-maladie couvre les coûts liés aux examens, au traitement, aux médicaments, au transport aérien et terrestre, les coûts des services d'escorte, les allocations de repas et de logement, offerts aux malades atteints de certaines maladies particulières lorsqu'ils ont été adressés par un médecin au centre de traitement le plus proche. Maladies couvertes: cancer, tuberculose, troubles mentaux ou psychose chronique, fibrose kystique, bec-de-lièvre ou fissure palatine, spina-bifida, diabète sucré, anomalies congénitales et maladies chroniques de l'appareil urinaire, et maladies vénériennes (Remarque: les services assurés dans le cas des maladies vénériennes ne comprennent pas les frais de déplacement, de logement ou les repas). Le programme de déplacement des personnes qui ont besoin de soins médicaux vise à aider les résidents à payer leurs frais de transport lorsqu'ils doivent se déplacer pour obtenir les soins médicaux ou hospitaliers dont ils ont besoin. Le Régime de médicaments prescrits (Pharmacare) pour les personnes de 65 ans et plus, les Indiens et les Inuit de plein droit, et les personnes atteintes de certaines maladies chroniques particulières.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (f):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: les traitements d'urgence des blessures et leurs traitements subséquents; les examens radiologiques requis par nécessité médicale et les analyses nécessaires au diagnostic; les examens de laboratoire; les soins en chirurgie mineure; la physiothérapie et la radiothérapie quand elles sont disponibles; certains soins en chirurgie de jour; services de psychiatrie et de psychologie dispensés dans le cadre d'un programme hospitalier approuvé.

Out-of-province benefits (f):

Within Canada: In-patient: Standard ward rate approved for hospital by its own provincial plan.

Out-patient: Same benefits as in N.W.T.

Outside Canada: Up to a maximum specified rate.

Authorized charges: none

Additional benefits: Department of health administers the coordinated home care program and the extended chronic care/nursing home care program.

Services assurés hors de la province (f):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: tarif de la salle approuvé pour l'hôpital par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province.

Services de consultation externe: les mêmes services assurés que ceux offerts dans les Territoires du Nord-Ouest.

Hors du Canada: jusqu'au tarif maximal spécifié.

Frais autorisés: aucun

Services assurés supplémentaires: le ministère de la Santé administre le programme de soins à domicile coordonnés et le programme des soins aux malades chroniques et aux patients des maisons de santé.

YUKON TERRITORY

Medical Care Insurance

Standard benefits (d): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (d): Insured services paid up to Yukon rate.

Additional benefits (e): Cancer program pays full cost of travel plus living expenses allowance while away from home for treatment, as well as prostheses, appliances and medical surgical supplies; dental program for school children up to grade 8 (basic restorative and preventive services); drug program for specific chronic diseases (e.g. cystic fibrosis); extended health care benefits program for registered residents, 65 and over, and their spouses 60 and over, covers: medical surgical supplies (e.g. ostomy supplies); artificial limbs; hearing aids; medical equipment (e.g. wheelchairs); dental care (restorations, dentures and preventive services within limits); optometric services (refractions, frames within limits); home nursing services (limits); medical travel costs covered to nearest centre upon referral; Pharmacare plan covers drugs for those 65 and over and their spouses 60 and over (diabetic supplies including syringes and testing materials also covered); speech pathology program (diagnostic and remedial), for pre-school and school age children as well as certain adults; audiological audiometric and impedance screening.

TERRITOIRE DU YUKON

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (d): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (d): services assurés payés au tarif prévu par le Yukon.

Services assurés supplémentaires (e): le programme d'aide aux cancéreux couvre le total des frais de déplacement et prévoit une allocation de subsistance pour tout séjour fait à l'extérieur pour recevoir des traitements, de même que les prothèses, les appareils et fournitures médicales et chirurgicales; programme de soins dentaires pour les élèves jusqu'à la huitième année (service de prévention et de restauration de base); coût des médicaments nécessaires au traitement de maladies chroniques précises (par exemple la fibrose kystique); le programme de soins complémentaires de santé assurés pour les résidents inscrits de 65 ans et plus et leur conjoint âgé de 60 ans et plus couvre: les fournitures médicales et chirurgicales (par exemple les fournitures pour stomisés); les membres artificiels; les prothèses auditives; le matériel médical (par exemple fauteuil roulant); les soins dentaires (certains services de restauration, de prothèses et de prévention sous réserve de certaines restrictions); les services d'optométrie (réfraction, montures sous réserve de certaines restrictions); les services de soins infirmiers à domicile (limités); frais de déplacement en vue de recevoir un traitement médical au centre le plus proche sur recommandation d'un médecin; le Régime d'assurance-médicaments (Pharmacare) couvre les médicaments prescrits aux personnes âgées de 65 ans et plus et leur conjoint âgé de 60 ans et plus (fournitures pour les diabétiques y compris les seringues et le matériel pour les tests); programme de pathologie de la parole (diagnostic et rééducation), pour les enfants d'âge préscolaire et scolaire de même que pour certains adultes; dépistage audiological, audiомétrique et impédance.

Premium per month (g):

Single - \$18.00. Family of two or more - \$25.00. (Note: See Addendum re current charges.) Coverage depends on residency status rather than on payment of premiums. Persons 65 years of age or more, their spouses and dependants are premium-exempt.

Prime mensuelle (g):

Personne seule - 18 \$. Famille de deux personnes ou plus 25 \$. (Remarque: voir l'annexe sur les tarifs en vigueur.) La garantie dépend de la résidence et non de l'acquittement des primes. Les personnes âgées de 65 ans et plus, leur conjoint et les personnes à leur charge, sont exemptées des primes.

Hospital Insurance

Standard benefits (f):

In-patient: Standard ward rate and all approved available services.

Out-patient: Laboratory, radiological and other diagnostic procedures together with the necessary interpretations for the diagnosis and treatment of an injury, illness or disability excluding simple procedures which ordinarily form part of a physician's routine office examination; day care surgical services.

Out-of-province benefits (f):

Within Canada: In-patient: Rate approved for hospital by its own provincial plan.

Out-patient: Same benefits as in Territory.

Outside Canada: Maximum applied as to rate.

Authorized charges: none

Additional benefits: Nursing home insured services.

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (f):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: les tests de laboratoire, les examens radiologiques et les autres services de diagnostic, ainsi que les analyses nécessaires au diagnostic et au traitement des blessures, maladie ou invalidité, à l'exclusion des examens qui font partie de l'examen général en cabinet de médecin; les soins en chirurgie de jour.

Services assurés hors de la province (f):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: le tarif approuvé pour l'hôpital par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province en question.

Services de consultation externe: les mêmes services assurés que ceux offerts dans le Territoire du Yukon.

Hors du Canada: le tarif maximal selon le taux.

Frais autorisés: aucun

Services assurés supplémentaires: services assurés des maisons de repos.

NOTES:

- a) The benefits listed are: 1) those of the national health insurance programs; and 2) additional benefits which are either: (i) administered by the provincial health insurance plans or; (ii) are administered by another agency and generally fall within the pattern of benefits which are associated with public health insurance programs. However, not included are many other health services provided by provinces other than through the health insurance system or equivalent. These other programs may be: on a universal basis (e.g. public health services, mental health services, communicable disease control); on a regional basis within a province; on an age-related basis, on a disease-related basis, or on a needs basis.
- b) Authorized charges are mentioned under Hospital Insurance only as there are no authorized charges for Medical Care. Extra-billing by individual practitioners above the benefit level paid by provincial medical care insurance plans is legally possible in all provinces except Quebec. The conditions under which extra-billing can occur, and the extent of such extra-billing varies from jurisdiction to jurisdiction. However, extra-billing must not impede or preclude reasonable access to insured services as required by the Medical Care Act (Canada.)
- c) This summary is intended to provide a resumé of the provincial health insurance plans as they were on January 1 of each year. A few selected changes subsequent to that date which occurred during the calendar year and which have substantially altered plan benefits, or charges to beneficiaries, have also been noted. However, other changes such as scheduled increments in authorized charges have not been recorded in the body of the summary. Substantive changes which occurred following the close of the calendar year, and certain charges current at the time of printing, are contained in the addendum.
- d) These benefits are insured services as defined in the Medical Care Act (Canada), and are provided in accordance with conditions contained in the Act. (Benefits provided by a provincial plan which exceed the requirements of the Act are listed under "Additional benefits".) All provincial medical care insurance plans are required to provide portability of coverage for the insured services of the Medical Care Program for their insured residents anywhere in the world. However, this requirement does not preclude a provincial plan from requiring

NOTES:

- a) Les services assurés mentionnés sont: 1) ceux des programmes d'assurance-santé nationaux, et 2) les services assurés supplémentaires qui sont administrés soit (i) par les régimes d'assurance-santé provinciaux, soit (ii) par un autre organisme, et qui correspondent généralement aux services assurés associés aux régimes d'assurance-santé publics. Cependant, ne sont pas compris de nombreux autres services fournis par les provinces par un autre moyen que le régime d'assurance-santé ou l'équivalent. Ces autres programmes peuvent être: sur une échelle universelle (par exemple, les services d'hygiène publique, les services de santé mentale, la lutte contre les maladies transmissibles); au niveau régional au sein d'une province; selon l'âge, la maladie, les besoins.
- b) Les frais autorisés sont mentionnés aux termes de l'assurance-hospitalisation seulement, parce qu'il n'y a pas de frais autorisés pour les soins médicaux. Toutefois, dans toutes les provinces, sauf au Québec, les omnipraticiens sont légalement en mesure de dépasser les tarifs prévus par les régimes d'assurance-santé provinciaux. Les conditions et l'importance de cette surfacturation varient d'un secteur de compétence à l'autre. Toutefois, le dépassement des tarifs ne doit pas entraver ou empêcher l'accès raisonnable aux services assurés prévus par la Loi sur les soins médicaux (Canada).
- c) Ce résumé vise à donner un aperçu des régimes d'assurance-santé provinciaux en vigueur au 1^{er} janvier de chaque année. Quelques changements particuliers apportés après cette date, pendant l'année civile, et qui ont eu pour effet de modifier substantiellement les services assurés en vertu du régime, ou les frais à assumer par les bénéficiaires, ont également été indiqués. Toutefois, d'autres changements tels que les augmentations prévues des tarifs autorisés n'ont pas été inclus dans le corps du résumé. Des changements importants survenus après la fin de l'année civile et certains frais en vigueur au moment d'aller sous presse se retrouvent dans l'annexe.
- d) Ces services assurés sont offerts conformément aux dispositions de la Loi sur les soins médicaux (Canada) et aux conditions afférentes. (Des services additionnels dépassant les dispositions de la loi sont offerts par les différents régimes provinciaux. Ils sont décrits sous le titre "Bénéfices complémentaires".) Tous les régimes provinciaux d'assurance médicale doivent offrir à leurs résidents assurés une transférabilité de couverture partout dans le monde pour les services assurés du Programme de soins médicaux. Cette exigence

prior approval from the plan before elective, non-emergency care is obtained out-of-province.

- e) These additional benefits are provided generally on a limited basis and are not normally portable. While, strictly speaking, the federal government is not contributing under federal health insurance legislation towards the costs of these additional benefits, the provinces have considerable latitude in allocating all federal contributions for health care services. These include the contributions under the Hospital Insurance and Medical Care Programs, as well as those under the Extended Health Care Services Program in respect of the cost of certain health services such as nursing home and adult residential care, home care (health aspects) and ambulatory health care services. The latter contribution is not subject to the program conditions applicable to hospital and medical care insurance. Consequently, the provinces have total flexibility in the use they make of this particular contribution. For specific details, information may be obtained from the provincial plan.
- f) These benefits are provided in accordance with the terms and conditions of the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act (Canada), except for nursing home benefits (where applicable).
- g) Regular premiums only are listed. Reduced premiums and/or premium exemptions are available to residents on limited incomes. The provisions for assistance vary from province to province.
- h) Rates are for combined medical care and hospital insurance coverage. Premium exemption if member of premium unit is 65 years or more and resided for at least the previous 12 months in province.
- i) Premium exemption for basic (and for optional) coverage if member of a premium unit is 65 years or more. Eligibility for hospital insurance depends on medical care insurance status. (May 1983 exemption expanded to include widows/widowers receiving the Alberta Widows' Pension, aged 55 to 64 years.)
- n'empêche cependant pas un régime provincial de demander préalablement l'approbation du régime avant que des soins facultatifs, non urgents, soient prodigues hors de la province.
- e) Ces bénéfices complémentaires sont généralement offerts avec certaines restrictions, et ne sont pas habituellement transférables. Bien que, strictement parlant, le gouvernement fédéral ne partage pas les coûts de ces bénéfices complémentaires en vertu de la législation fédérale sur l'assurance-santé, les provinces jouissent d'une latitude considérable dans la répartition de toutes les contributions fédérales pour les services de santé; celles-ci comprennent les contributions en vertu des régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux, ainsi que les contributions en vertu du Programme de services complémentaires de santé, relativement au coût de certains services de santé tels que les soins en maison de repos et les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile (les services de santé) et les soins ambulatoires. Cette dernière contribution n'est pas assujettie aux conditions qui s'appliquent aux régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux. En conséquence, les provinces sont libres d'utiliser cette contribution comme elles le veulent. Pour plus de précisions, s'adresser au régime provincial en question.
- f) Ces services assurés sont offerts conformément à la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques (Canada), sauf les services assurés dans les maisons de repos (le cas échéant).
- g) Seules les primes régulières sont inscrites. Les primes réduites et les exemptions de primes sont offertes aux résidents à revenu limité. Les dispositions en ce sens varient d'une province à l'autre.
- h) Les taux s'appliquent aux Programmes de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation combinés. Il y a exemption de la prime si la personne est âgée de 65 ans ou plus et est résidente de la province depuis au moins les 12 derniers mois.
- i) Il y a exemption de la prime pour l'assurance de base (et l'assurance facultative) si la personne seule ou un des membres d'une famille (deux personnes ou plus) est âgé de 65 ans ou plus. Le droit à l'assurance-hospitalisation dépend de la situation par rapport au Régime de soins médicaux. (En mai 1983, l'exemption s'est étendue pour inclure les veufs/veuves recevant la pension des veufs de l'Alberta (Alberta Widows' Pension) âgés de 55 à 64 ans.)

- j) A special fund for financing the Quebec Health Insurance plan comprises employers' contributions amounting to 3.0% of employees' salaries and payments made by the Minister of Finance out of the provincial consolidated revenue fund, according to the requirements of the Quebec Health Insurance Board.
 - k) In this province, the services of osteopaths are eligible as insured services under the Medical Care Act (Canada) on the same basis as the services of medical practitioners.
- j) La Régie de l'assurance-maladie du Québec est financée par le fonds de l'assurance-maladie créé au ministère des Finances et alimenté par la contribution des employeurs (3,0% du salaire versé à un employé) à laquelle s'ajoutent des sommes versées par le ministre des Finances à même le fonds consolidé du revenu et selon les besoins de la Régie.
 - k) Dans cette province, les services des ostéopathes peuvent être considérés comme étant des services assurés en vertu de la Loi fédérale sur les soins médicaux au même titre que les services des médecins.

ADDENDUM

Current Additional Benefits, Authorized Charges, and Premiums

This addendum lists current premiums and authorized charges at time of printing, as well as recent changes in additional benefits. Provinces not mentioned in the addendum either have a) no such charges or b) have not had a change in premiums, authorized charges or additional benefits since the January 1, 1983 date of the summary.

Newfoundland: Authorized charges: Effective April 1, 1984, the ward charge of \$5.00 was dropped. New rate structure was established for persons in hospital awaiting nursing home placement. Effective April 1, 1984, 75% of monthly amount charged to nursing home residents is charged to medically discharged patients (currently \$1,050.00/month).

New Brunswick: Authorized charges: Effective July 4, 1983, province re-introduced authorized charges for general out-patient services at \$6.00/visit (\$3.00 for social aid recipients, yearly maximums). Out-patient respiratory therapy \$3.00/day's visit. Exemptions: persons 65 years and over, and persons in receipt of services outside of the province. Effective March 27, 1984, persons receiving out-patient rehabilitation services, occupational, speech and physiotherapy, are also exempt. Quarterly increases re nursing home placement to \$14.40 April 1, 1983; \$14.62 July 1, 1983; \$14.87 October 1, 1983; \$15.11 January 1, 1984; \$15.25 April 1, 1984; and \$16.30 July 1, 1984.

Additional benefits: Effective November 1983 co-payment charge for drug program introduced for those 65 and over (\$3.00/prescription up to yearly maximum \$30.00); and social assistance beneficiaries \$1.00/prescription if under 17 years of age, \$2.00 if over 17. Effective January 1, 1984, the Seniors' Health Benefits Program and the Seniors' Rehabilitative Equipment Program were introduced. The Health Benefits Program is for persons 65 and over who are full-time residents of the province, registered with Medicare, receiving both Old Age Security and Guaranteed Income Supplement. (Those not in receipt of G.I.S. who wish to receive benefits, must pay a yearly premium of \$39.96.) Benefits include: self-administered injection supplies; diabetic testing supplies; ostomy supplies; specified eye care services; hearing aids; foot and chiropractic services.

ANNEXE

Services assurés complémentaires, frais autorisés et primes en vigueur

On trouvera dans cette annexe une liste des primes exigées et des frais autorisés au moment d'aller sous presse ainsi que des frais récents aux services assurés complémentaires. Les provinces qui ne sont pas mentionnées dans cette annexe soit a) n'exigent pas de tels frais; ou b) n'ont pas modifié les primes, les frais autorisés ou les services assurés complémentaires depuis le 1^{er} janvier 1983, date à laquelle a été rédigé le résumé.

Terre-Neuve: Frais autorisés: depuis le 1^{er} avril 1984, les frais de 5 \$ par jour pour la salle ne sont plus requis. Un nouveau système de facturation a été mis en oeuvre dans les hôpitaux pour les personnes qui attendent d'être placées dans une maison de santé. Depuis le 1^{er} avril 1984, 75% des frais mensuels facturés aux résidents des maisons de repos sont imputés aux patients après avoir obtenu leur congé du médecin (présentement 1050 \$ par mois).

Nouveau-Brunswick: Frais autorisés: à compter du 4 juillet 1983, la province a réintroduit des frais autorisés pour les services de consultation externe à 6 \$ la visite (3 \$ aux bénéficiaires d'aide sociale, maximum annuel). Thérapie respiratoire aux malades externes, 3 \$ la visite par jour. Les personnes exemptées: celles de 65 ans et plus et celles qui reçoivent des services hors de la province. Depuis le 27 mars 1984, les personnes recevant des services externes de réhabilitation, de rééducation du langage et de physiothérapie sont aussi exemptées. Augmentations trimestrielles en ce qui a trait au placement dans une maison de santé portant les frais à 14,40 \$ à partir du 1^{er} avril 1983; à 14,62 \$ à partir du 1^{er} juillet 1983; à 14,87 \$ à partir du 1^{er} octobre 1983; à 15,11 \$ à partir du 1^{er} janvier 1984; à 15,25 \$ à partir du 1^{er} avril 1984; et à 16,30 \$ à partir du 1^{er} juillet 1984.

Bénéfices complémentaires: en novembre 1983, la province a introduit un copaiement pour le programme de médicaments selon lequel les résidents âgés de 65 ans et plus, sont tenus d'acquitter des frais de 3 \$ par ordonnance jusqu'à concurrence de 30 \$ par année civile, et les bénéficiaires d'aide sociale 1 \$ par ordonnance pour ceux de moins de 17 ans, 2 \$ pour ceux de plus de 17 ans. Le 1^{er} janvier 1984, le Programme d'allocations-santé pour les personnes âgées et le Programme d'équipement de réadaptation pour les personnes âgées ont été introduits. Le programme d'allocations-santé s'applique seulement aux personnes âgées de 65 ans et plus qui habitent dans la province, qui sont inscrites au Programme d'assurance-maladie et qui reçoivent les prestations de la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti. (Les personnes qui ne reçoivent pas le

Prosthetic and orthotic services were included April 1, 1984. **Limits on services.** The Rehabilitative Equipment Program is also for 65 and over, who are full-time residents of the province, and registered with Medicare. A written referral by a N.B. physician, public health nurse, physiotherapist, occupational therapist of Extramural Hospital, is also required in order to receive such items as canes, crutches, wheelchairs, etc., on a loan basis.

Supplément de revenu garanti mais désirent recevoir les bénéfices, doivent payer une prime annuelle de 39,96 \$.) Les bénéfices comprennent: matériel d'injection pour les personnes qui doivent s'administrer elles-mêmes des médicaments; matériel pour diabétiques; matériel pour ostomies; soins de la vue; appareils auditifs; soins des pieds et services de chiropraxie. À partir du 1^{er} avril 1984, le programme couvre le coût des services de prothèses et d'orthèses. Limite de services. Le Programme d'équipement de réadaptation s'applique aussi aux personnes âgées de 65 ans et plus, qui habitent dans la province et qui sont inscrites au Programme d'assurance-santé. Il est aussi nécessaire d'obtenir une attestation écrite d'un médecin du Nouveau-Brunswick, infirmière, physiothérapeute, ergothérapeute ou de l'Hôpital Extra-Mural pour avoir droit aux articles prêtés tels que les cannes, les bâquilles, les fauteuils roulants, etc.

Quebec: Authorized charges: Increased to \$14.63/day (\$438.00/month) effective January 1, 1984.

Ontario: Premiums: Rates increased effective benefit month September 1983 to \$28.35 single and \$56.70 family of two or more, and as of August 1, 1984 to \$29.75 single and \$59.50 family.

Authorized charges: Quarterly increases to \$15.00 February 1, 1983; \$15.19 May 1, 1983; \$15.36 August 1, 1983; \$15.62 November 1, 1983; \$15.86 February 1, 1984; \$15.99 May 1, 1984; and \$17.31 August 1, 1984.

Manitoba: Authorized charges/additional benefits: Charge for those awaiting placement and those in personal care homes increased to \$12.35 February 1, 1983; \$12.55 May 1, 1983; \$12.70 August 1, 1983; \$12.85 November 1, 1983; \$13.00 February 1, 1984; \$13.45 May 1, 1984; and \$13.90 August 1, 1984.

Saskatchewan: Authorized charges: Monthly charge for long-term care services increased to \$447.00 as of November 1, 1983; \$453.00 as of February 1, 1984; and \$456.00 as of May 1, 1984.

Alberta: Premiums: Rates increased effective July 1, 1983 to \$14.00 for a single person and \$28.00 for a family of two or more.

Authorized charges: Admission charge increased to \$10.00 effective September 1983.

Québec: Frais autorisés: portés à 14,63 \$ par jour (438 \$ par mois) à partir du 1^{er} janvier 1984.

Ontario: Primes: le tarif des primes mensuelles est passé à partir du mois de septembre 1983 à 28,35 \$ pour un personne seule, à 56,70 \$ pour une famille de deux personnes ou plus, et à compter du 1^{er} août 1984 à 29,75 \$ pour une personne seule et à 59,50 \$ pour une famille.

Frais autorisés: augmentations trimestrielles portant les frais à 15 \$ à partir du 1^{er} février 1983; à 15,19 \$ à partir du 1^{er} mai 1983; à 15,36 \$ au 1^{er} août 1983; à 15,62 \$ au 1^{er} novembre 1983; à 15,86 \$ au 1^{er} février 1984; à 15,99 \$ au 1^{er} mai 1984; et à 17,31 \$ au 1^{er} août 1984.

Manitoba: Frais autorisés/bénéfices complémentaires: les frais exigés des personnes attendant d'être placées en établissement et des personnes résidant dans des maisons de santé ont été portés à 12,35 \$ à partir du 1^{er} février 1983; 12,55 \$ à partir du 1^{er} mai 1983; 12,70 \$ à partir du 1^{er} août 1983; 12,85 \$ à partir du 1^{er} novembre 1983; à 13 \$ à partir du 1^{er} février 1984; à 13,45 \$ à partir du 1^{er} mai 1984; et à 13,90 \$ à partir du 1^{er} août 1984.

Saskatchewan: Frais autorisés: les frais mensuels pour les services de soins prolongés sont passés à 447 \$ à compter du 1^{er} novembre 1983; à 453 \$ à compter du 1^{er} février 1984; et à 456 \$ à compter du 1^{er} mai 1984.

Alberta: Primes: le 1^{er} juillet 1983, le tarif est passé à 14 \$ pour une personne seule et à 28 \$ pour une famille de deux personnes ou plus.

Frais autorisés: à partir de septembre 1983, les frais d'admission ont été portés à 10 \$.

British Columbia: Premiums: Rates increased effective January 1, 1984 to \$16.00 for a single person, \$30.00 for two persons, and \$34.00 for a family of three or more persons.

Hospital Insurance

Out-of-province benefits: Within Canada: Out-patient: Emergency services and minor surgery charge increased to \$10.00 and day care surgical services increased to \$8.00, both effective September 1, 1983.

Authorized charges: Effective September 1, 1983 charges increased to: \$8.50/day acute and rehabilitative care in hospitals; \$12.75/day (\$13.25 April 1, 1984)/day adults in extended care hospitals; \$10.00 per visit emergency (a \$25.00 charge is levied for non-emergency use of emergency departments) or minor surgical out-patient treatment; and \$8.00/visit for day care surgical services.

Yukon: Premiums: Effective June 1, 1983 \$19.00 - single; \$26.50 - couple/family.

Colombie-Britannique: Primes: à partir du 1er janvier 1984, le tarif a été porté à 16 \$ pour une personne seule, à 30 \$ pour deux personnes et à 34 \$ pour une famille de trois personnes ou plus.

Assurance-hospitalisation

Services assurés hors de la province: au Canada: services de consultation externe; le tarif pour les services d'urgence et de chirurgie mineure a été porté à 10 \$ et le tarif des services de soins en chirurgie de jour a été porté à 8 \$, les deux à partir du 1er septembre 1983.

Frais autorisés: à partir du 1er septembre 1983, les frais ont passé à: 8,50 \$ par jour dans les hôpitaux de soins aigus et pour les services de réadaptation médicale dans les hôpitaux; 12,75 \$ par jour (à 13,25 \$ à partir du 1er avril 1984) pour les adultes dans les hôpitaux de soins prolongés; 10 \$ pour tout service d'urgence (des frais de 25 \$ sont imposés à l'emploi non urgent des départements d'urgence) ou soins en chirurgie mineure en service de consultation externe et 8 \$ pour les services de chirurgie de jour.

Yukon: Primes: le tarif des primes mensuelles est passé à partir du 1er juin 1983 à 19 \$ pour une personne seule et à 26,50 \$ pour un couple ou une famille.

Plan Addresses**Adresses des Régimes****Newfoundland****Medical Care**

Newfoundland Medical Care Commission,
 Elizabeth Towers,
 Box 200, Station "A"
 St. John's, Newfoundland.
 A1C 5J3

Hospital Insurance

Hospital Services Division,
 Department of Health,
 Confederation Building,
 P.O. Box 4750,
 St. John's, Newfoundland.
 A1C 5T7

Prince Edward Island**Medical Care**

Health Services Commission,
 P.O. Box 4500,
 Charlottetown, Prince Edward Island.
 C1A 7P4

Hospital Insurance

Hospital Services Commission,
 P.O. Box 4500,
 Charlottetown, Prince Edward Island.
 C1A 7P4

Nova Scotia**Medical Care**

Health Services and Insurance Commission,
 Joseph Horne Building,
 Corner Prince and Hollis Streets,
 P.O. Box 760,
 Halifax, Nova Scotia.
 B3J 2V2

Hospital Insurance

Department of Health,
 Joseph Horne Building,
 Corner Prince and Hollis Streets,
 P.O. Box 760,
 Halifax, Nova Scotia.
 B3J 2V2

New Brunswick**Medical Care**

Department of Health,
 Medicare,
 P.O. Box 5100,
 Fredericton, New Brunswick.
 E3B 5G8

Terre-Neuve**Soins médicaux**

Newfoundland Medical Care Commission
 Elizabeth Towers
 C.P. 200, Succursale A
 St. John's (Terre-Neuve)
 A1C 5J3

Assurance-hospitalisation

Hospital Services Division
 Department of Health
 Confederation Building
 C.P. 4750
 St. John's (Terre-Neuve)
 A1C 5T7

Île-du-Prince-Édouard**Soins médicaux**

Health Services Commission
 C.P. 4500
 Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
 C1A 7P4

Assurance-hospitalisation

Hospital Services Commission
 C.P. 4500
 Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
 C1A 7P4

Nouvelle-Écosse**Soins médicaux**

Health Services and Insurance Commission
 Joseph Horne Building
 Angle des rues Prince et Hollis
 C.P. 760
 Halifax (Nouvelle-Écosse)
 B3J 2V2

Assurance-hospitalisation

Ministère de la Santé
 Joseph Horne Building
 Angle des rues Prince et Hollis
 C.P. 760
 Halifax (Nouvelle-Écosse)
 B3J 2V2

Nouveau-Brunswick**Soins médicaux**

Ministère de la Santé
 Assurance-santé
 C.P. 5100
 Fredericton (Nouveau-Brunswick)
 E3B 5G8

Hospital Insurance

Department of Health,
Insured Services Division,
P.O. Box 6000,
Fredericton, New Brunswick.
E3B 5G8

Quebec

Medical Care

Quebec Health Insurance Board,
P.O. Box 6600,
Quebec, Quebec.
G1K 7T3

Hospital Insurance

Department of Social Affairs,
Joffre Building,
1075 chemin Ste-Foy,
Quebec, Quebec.
G1A 1B9

Ontario

Ontario Health Insurance Plan (Medical Care and Hospital Insurance)

HEAD OFFICE
General Manager,
Ontario Health Insurance Plan,
MacDonald-Cartier Building,
49 Place d'Armes
P.O. Box 48,
Kingston, Ontario.
K7L 5J3

HAMILTON	KINGSTON
119 King Street W.,	1055 Princess Street,
P.O. Box 2112,	P.O. Box 9000,
Hamilton, Ontario.	Kingston, Ontario.
L8N 3Z9	K7L 5A9

LONDON	MISSISSAUGA
227 Queens Avenue,	201 City Centre Drive,
P.O. Box 5700,	P.O. Box 7020,
Terminal "A",	Station "A",
London, Ontario.	Mississauga, Ontario.
N6A 4L6	L5A 3M1

OSHAWA	OTTAWA
44 Bond Street W.,	75 Albert Street,
P.O. Box 617,	Ottawa, Ontario.
Oshawa, Ontario.	K1P 5Y9
L1H 7R1	

SUDBURY	THUNDER BAY
199 Larch Street,	435 James Street S.,
8th Floor,	P.O. Box 5000,
Sudbury, Ontario.	Thunder Bay, Ontario.
P3E 5R1	P7E 6E3

Assurance-hospitalisation

Ministère de la Santé
Division des services assurés
C.P. 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8

Québec

Soins médicaux

Régie de l'assurance-maladie du Québec
C.P. 6600
Québec (Québec)
G1K 7T3

Assurance-hospitalisation

Ministère des Affaires sociales
Édifice Joffre
1075, chemin Ste-Foy
Québec (Québec)
G1A 1B9

Ontario

Régime d'assurance-maladie de l'Ontario (les soins médicaux et l'assurance-hospitalisation)

SIÈGE SOCIAL
Gérant général
Régime d'assurance-maladie de l'Ontario
MacDonald-Cartier Building
49 Place d'Armes
C.P. 48
Kingston (Ontario)
K7L 5J3

HAMILTON	KINGSTON
119, rue King ouest	1055, rue Princess
C.P. 2112	C.P. 9000
Hamilton (Ontario)	Kingston (Ontario)
L8N 3Z9	K7L 5A9

LONDON	MISSISSAUGA
227, avenue Queens	201, promenade City
C.P. 5700	Centre
Terminus "A"	C.P. 7020
London (Ontario)	Terminus "A"
N6A 4L6	Mississauga (Ontario)
	L5A 3M1

OSHAWA	OTTAWA
44, rue Bond ouest	75, rue Albert
C.P. 617	Ottawa (Ontario)
Oshawa (Ontario)	K1P 5Y9
L1H 7R1	

SUDBURY	THUNDER BAY
199, rue Larch	435, rue James sud
8e étage	C.P. 5000
Sudbury (Ontario)	Thunder Bay (Ontario)
P3E 5R1	P7E 6E3

TORONTO
2195 Yonge Street
P.O. Box 1700,
Terminal "A",
Toronto, Ontario.
M5W 1G9

The above district offices undertake the processing of registrations and claims. Information offices are also located at Barrie, Kenora, Kitchener, Peterborough, Owen Sound, St. Catharines, Sault Ste Marie, Sarnia, Timmins and Windsor.

Manitoba

Medical Care

Manitoba Health Services Commission,
P.O. Box 925,
599 Empress Street,
Winnipeg, Manitoba.
R3C 2T6

Hospital Insurance

Manitoba Health Services Commission,
P.O. Box 925,
599 Empress Street,
Winnipeg, Manitoba.
R3C 2T6

Saskatchewan

Medical Care

Saskatchewan Medical Care Insurance
Commission,
T.C. Douglas Building,
3475 Albert Street,
Regina, Saskatchewan.
S4S 6X6

Hospital Insurance

Saskatchewan Hospital Services Plan,
T.C. Douglas Building,
3475 Albert Street,
Regina, Saskatchewan.
S4S 6X6

Alberta

Medical Care

Department of Hospitals and Medical Care,
Alberta Health Care Insurance Plan,
P.O. Box 1360,
118th Avenue and Groat Road,
Edmonton, Alberta.
T5J 2N3

or

TORONTO
2195, rue Yonge
C.P. 1700
Terminus "A"
Toronto (Ontario)
M5W 1G9

Les bureaux régionaux ci-dessus se chargent de recevoir les inscriptions et de donner suite aux demandes d'indemnité. Il existe également des bureaux d'information à Barrie, à Kenora, à Kitchener, à Owen Sound, à Peterborough, à St. Catharines, à Sarnia, à Sault-Ste-Marie, à Timmins et à Windsor.

Manitoba

Soins médicaux

Manitoba Health Services Commission
C.P. 925
599, rue Empress
Winnipeg (Manitoba)
R3C 2T6

Assurance-hospitalisation

Manitoba Health Services Commission
C.P. 925
599, rue Empress
Winnipeg (Manitoba)
R3C 2T6

Saskatchewan

Soins médicaux

Saskatchewan Medical Care Insurance
Commission
T.C. Douglas Building
3475, rue Albert
Regina (Saskatchewan)
S4S 6X6

Assurance-hospitalisation

Saskatchewan Hospital Services Plan
T.C. Douglas Building
3475, rue Albert
Regina (Saskatchewan)
S4S 6X6

Alberta

Soins médicaux

Department of Hospitals and Medical Care
Alberta Health Care Insurance Plan
C.P. 1360
118^e Avenue et chemin Groat
Edmonton (Alberta)
T5J 2N3

ou

Department of Hospitals and Medical Care,
Alberta Health Care Insurance Plan,
Crosslands Building,
629B - 7th Avenue S.W.,
Calgary, Alberta.
T2P 0Y9

Hospital Insurance

Department of Hospitals and Medical Care,
P.O. Box 2222,
11010 - 101st Street,
Edmonton, Alberta.
T5J 2P4

British Columbia

Medical Care

Medical Services Commission,
1515 Blanshard Street,
P.O. Box 1600,
Victoria, British Columbia.
V8W 2X9

Insurance contract may be obtained from the
Medical Services Plan of British Columbia at
the above address.

Hospital Insurance

Hospital Programs,
Ministry of Health,
Parliament Buildings,
Victoria, British Columbia.
V8W 3C8

Northwest Territories

Medical Care

N.W.T. Health Care Plan,
Government of the N.W.T.,
Precambrian Building,
Yellowknife, N.W.T.
X1A 2L9

Hospital Insurance

N.W.T. Health Care Plan,
Government of the N.W.T.,
Precambrian Building,
Yellowknife, N.W.T.
X1A 2L9

Department of Hospitals and Medical Care
Alberta Health Care Insurance Plan
Crosslands Building
629B, 7e Avenue sud-ouest
Calgary (Alberta)
T2P 0Y9

Assurance-hospitalisation

Department of Hospitals and Medical Care
C.P. 2222
11010 - 101^e, rue
Edmonton (Alberta)
T5J 2P4

Colombie-Britannique

Soins médicaux

Medical Services Commission
1515, rue Blanshard
C.P. 1600
Victoria (Colombie-Britannique)
V8W 2X9

Pour obtenir un contrat d'assurance,
s'adresser au Medical Services Plan of
British Columbia à l'adresse mentionnée
ci-haut.

Assurance-hospitalisation

Hospital Programs
Ministry of Health
Parliament Buildings
Victoria (Colombie-Britannique)
V8W 3C8

Territoires du Nord-Ouest

Soins médicaux

N.W.T. Health Care Plan
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Precambrian Building
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9

Assurance-hospitalisation

N.W.T. Health Care Plan
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Precambrian Building
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9

Yukon**Medical Care**

Yukon Health Care Insurance Plan,
P.O. Box 2703,
Whitehorse, Yukon.
Y1A 2C6

Hospital Insurance

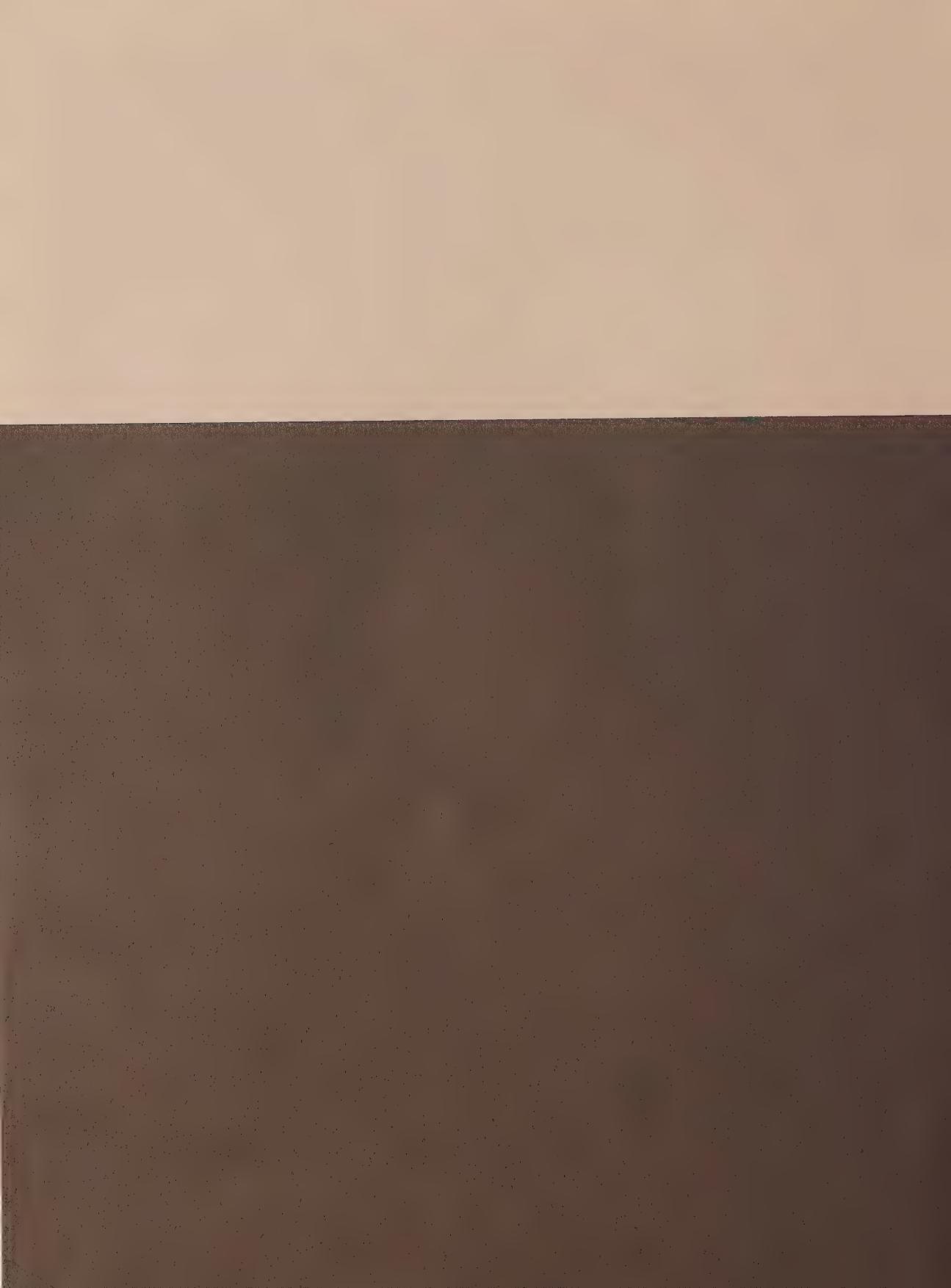
Yukon Health Care Insurance Services,
P.O. Box 2703,
Whitehorse, Yukon.
Y1A 2C6

Territoires du Yukon**Soins médicaux**

Yukon Health Care Insurance Plan
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon)
Y1A 2C6

Assurance-hospitalisation

Yukon Health Care Insurance Services
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon)
Y1A 2C6



CAI
HW
- A554

Canada

Medical Care Annual Report

Soins médicaux Rapport annuel



Her Excellency the Right Honourable
Jeanne Sauvé, Governor General and
Commander-in-Chief of Canada.

Son Excellence la très honorable
Jeanne Sauvé, Gouverneur général et
Commandant en chef du Canada.

MAY IT PLEASE YOUR EXCELLENCE:

The undersigned has the honour to
present to your Excellency the Annual
Report respecting operations of the
Medical Care Act for the fiscal year
ended March 31, 1984.

Respectfully submitted,

QU'IL PLAISE À VOTRE EXCELLENCE,

J'ai l'honneur de présenter à Votre
Excellence le Rapport annuel sur
l'application de la Loi sur les soins
médicaux pour l'année financière
terminée le 31 mars 1984.

Je vous prie d'agréer, Madame le
Gouverneur général, l'assurance de mon
profond respect.


Jake Epp,
Minister of National Health and Welfare


Jake Epp
Ministre de la Santé nationale et du
Bien-être social

© Minister of Supply and Services Canada 1986
Cat. No. H75-9/1984
ISBN 0-662-54517-6

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1986
N° de cat. H75-9/1984
ISBN 0-662-54517-6

Annual Report of the Minister of National Health and Welfare respecting operations of the Medical Care Act for the fiscal year ended March 31, 1984.

This is the sixteenth report to Parliament, made in accordance with Section 9 of the Medical Care Act.

Program Description

The Medical Care Act (Chapter M-8, R.S.C., 1970) received Royal Assent on December 21, 1966. In keeping with a recommendation from the Royal Commission on Health Services in 1964, the Act established a grant-in-aid program whereby the federal government is empowered to make financial contributions to those provinces* which operate medical care insurance plans meeting certain minimum criteria. These criteria are embodied in the Act and require the provincial plans to have the following characteristics:

1. **Comprehensive coverage** for all medically required services rendered by a physician or surgeon. There can be no dollar limit or exclusion except on the grounds that the services are not medically required. Certain surgical-dental services rendered by dental surgeons in hospitals were added as benefits effective July 1, 1968.
2. **Reasonable access to insured services by insured persons.** The benefit coverage must be administered in such a way that there will be no impediment or preclusion through financial charges or otherwise to an insured person receiving necessary medical care.
3. **Universal coverage** available to all eligible residents of a participating province on uniform terms and conditions and covering, in addition, at least 95 per cent of the total eligible population. This ensures access to coverage by all residents and prevents premium discrimination on account of previous health status, age, non-membership in a group or other consideration. At the same time, subsidization in whole or in part for certain age groups or low-income groups is permitted if a plan is financed by means of a premium system, provided all qualifying residents are

* The term "provinces" includes the territories unless otherwise specified.

Rapport annuel du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social sur l'application de la Loi sur les soins médicaux pour l'année financière terminée le 31 mars 1984.

Le présent rapport, établi conformément à l'Article 9 de la Loi sur les soins médicaux, est le seizième présenté au Parlement.

Description du programme

La Loi sur les soins médicaux (Chapitre M-8, S.R.C., 1970) a reçu la sanction royale le 21 décembre 1966. Conformément aux propositions de la Commission royale sur les services de santé de 1964, la loi a établi un programme de subventions aux termes duquel le gouvernement fédéral a le pouvoir d'accorder, selon certains critères minimaux, une aide financière aux provinces* appliquant un régime de soins médicaux. Ces critères sont incorporés dans la loi et obligent les régimes provinciaux à posséder les caractéristiques suivantes:

1. **La garantie tous risques** couvrant tous les services nécessaires dispensés par un médecin ou par un chirurgien. Ce critère n'admet aucune limite monétaire ni exclusion, à moins que les services ne s'imposent pas du point de vue médical. Depuis le 1^{er} juillet 1968, certains services de chirurgie dentaire dispensés dans les hôpitaux par des chirurgiens-dentistes sont également prévus.
2. **L'accès raisonnable des personnes assurées aux services assurés.** L'accès aux services assurés ne doit pas être entravé par des frais d'utilisation excessifs ou d'autres dispositions.
3. **L'application universelle** de la garantie à tous les résidents assurables de la province participante, selon des conditions uniformes, et couvrant au moins 95 p. 100 de la population assurable. Cela permet de garantir l'accès à tous les résidents et d'éviter la discrimination en matière de primes, qu'elle soit fondée sur la santé, l'âge, la non-appartenance à un groupe ou tout autre motif. En outre, si le régime est financé par un système de primes, l'autorité provinciale peut subventionner, en totalité ou en partie, certains groupes d'âge ou des groupes

* Le terme "provinces" comprend les territoires sauf indication contraire.

treated equally. Eligibility as a beneficiary is not related to employment insurance groups and, consequently, coverage is not lost when an individual changes jobs.

4. **Portability of benefits** when beneficiaries are temporarily absent from their own province or when moving from one participating province to another.
5. **Administration on a non-profit basis** by a public authority which is accountable to the provincial government for its financial transactions.

Federal financial contributions to participating provinces became payable from July 1, 1968, and, originally, were based on half of the national per capita cost of the insured services of the national program, multiplied by the number of insured persons in each province. As a result of a 1976 amendment to the Medical Care Act, the 1976-77 per capita contribution was limited to 113 per cent of the 1975-76 per capita contribution. This ceiling marginally reduced the level of the federal contribution below 50 per cent of the national per capita cost of insured services for that year. New financial arrangements came into effect April 1, 1977, and are discussed later in this report under the heading "Description of Financing Arrangements".

The Medical Care Act excludes from the insurable population of a province members of the Canadian Armed Forces, Royal Canadian Mounted Police and persons serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the Penitentiary Act. These exclusions amount to less than 0.5 per cent of the total population.

Medically required services furnished by medical practitioners to otherwise insurable and/or insured residents of a participating province who are eligible and entitled to receive insured services under any other Act of the Parliament of Canada or under any law of a province relating to workers' compensation are not insured services under the Medical Care Act. For example, war veterans entitled to medical care under other federal legislation are excluded from the benefit coverage of the Medical Care Act insofar as their compensable disability is concerned. The relevant federal statutes are as follows:

Aeronautics Act
Civilian War Pensions and Allowances Act

économiquement faibles, à condition que tous les résidents ayant droit à la garantie soient traités équitablement. Le droit à la garantie n'est pas lié à une assurance collective par groupes d'employés, et par conséquent, le changement d'emploi n'entraîne aucune suspension de la garantie.

4. **La transférabilité des prestations** lorsque le bénéficiaire s'absente temporairement de sa province ou déménage dans une autre province participante.
5. **L'administration sans but lucratif** assurée par un organisme public, responsable de ses opérations financières devant le gouvernement provincial.

Les contributions fédérales ont commencé d'être versées aux provinces participantes le 1er juillet 1968 et, à l'origine, étaient fondées sur la moitié du coût national par habitant des services assurés par le programme national, multipliée par le nombre de personnes assurées dans chaque province. Par suite d'une modification apportée en 1976 à la Loi sur les soins médicaux, la contribution par habitant pour 1976-1977 a été limitée à 113 p. 100 de celle versée pour 1975-1976. Ce plafond a légèrement réduit le niveau de la contribution fédérale à moins de 50 p. 100 du coût national par habitant des services assurés pour l'année en question. De nouveaux accords financiers sont entrés en vigueur le 1er avril 1977 et ceux-ci sont examinés sous la rubrique "Description des accords de financement".

La Loi sur les soins médicaux exclut de la population assurable d'une province les membres des Forces armées canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, selon la définition qu'en donne la Loi sur les pénitenciers. Le nombre des personnes exclues représente moins de 0,5 p. 100 de la population globale.

Les services médicaux fournis par un médecin aux résidents assurables d'une province participante, qui ont droit aux services assurés en vertu de toute autre loi du Parlement canadien ou de toute loi provinciale portant sur l'indemnisation des accidentés du travail ne sont pas des services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux. Par exemple, les anciens combattants ayant droit aux soins médicaux en vertu d'autres lois fédérales sont exclus de la garantie prévue par la Loi sur les soins médicaux en ce qui concerne une affection imputable au service de guerre pour laquelle ils sont déjà indemnisés. Les lois fédérales en question sont les suivantes:

Loi sur l'aéronautique
Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils

Government Employees Compensation Act

Merchant Seamen Compensation Act
National Defence Act
Penitentiary Act
Pension Act
Royal Canadian Mounted Police Act
Royal Canadian Mounted Police Pension Continuation Act
Royal Canadian Mounted Police Superannuation Act
Veterans Rehabilitation Act

Loi sur l'indemnisation des employés de l'État
Loi sur l'indemnisation des marins marchands
Loi sur la défense nationale
Loi sur les pénitenciers
Loi sur les pensions
Loi sur la Gendarmerie royale du Canada
Loi sur la continuation des pensions de la Gendarmerie royale du Canada
Loi sur la pension de retraite de la Gendarmerie royale du Canada
Loi sur la réadaptation des anciens combattants

Coverage is automatic for eligible residents in most provinces except in Ontario, British Columbia and Alberta, subject to any registration requirements being met. In Ontario, coverage is mandatory for persons employed where there are 15 or more persons on the payroll, it occurs at the discretion of the employer where there are between six to 14 employees, while coverage is voluntary for the remainder of the population. In Alberta, persons may "opt out" on a yearly basis, but such an election must be for both the provincial hospital insurance and medical care plans. British Columbia has a voluntary plan.

Virtually 100 per cent of the residents of Canada who were eligible for coverage under the Medical Care Program through the various provincial plans were insured in 1983-84.

This is the twelfth fiscal year in which medical care insurance plans were in effect in all jurisdictions. The provincial plans have been operational for at least thirteen years and in most instances for fourteen or fifteen years.

The dates of entry of the provincial plans were as follows:

Newfoundland	April 1, 1969
Prince Edward Island	December 1, 1970
Nova Scotia	April 1, 1969
New Brunswick	January 1, 1971
Quebec	November 1, 1970
Ontario	October 1, 1969
Manitoba	April 1, 1969
Saskatchewan	July 1, 1968
Alberta	July 1, 1969
British Columbia	July 1, 1968
Yukon	April 1, 1972
Northwest Territories	April 1, 1971

Description of Financing Arrangements

Late in 1976, the provinces and the federal government agreed to new financing arrangements for medical care. This agreement was embodied

Dans la plupart des provinces, sauf en Ontario, en Colombie-Britannique et en Alberta, sous réserve que toute condition d'enregistrement soit remplie, les résidents qui ont droit aux soins sont couverts d'office. En Ontario, lorsqu'il y a 15 personnes ou plus inscrites aux listes de paye, les employés du service en question sont couverts obligatoirement, c'est à la discréction de l'employeur, où il y a entre six à 14 employés, l'assurance est facultative pour le reste de la population. En Alberta, un particulier peut se retirer du régime à la fin de chaque année, mais une telle décision l'oblige à renoncer à la fois au régime provincial d'assurance-hospitalisation et au régime provincial de soins médicaux. La Colombie-Britannique offre un régime volontaire.

En 1983-1984, des résidents canadiens ayant droit aux services assurés du Programme de soins médicaux par l'entremise des différents régimes provinciaux, presque tous ont bénéficié de la garantie.

La présente marque la douzième année financière où il existe un régime de soins médicaux dans toutes les provinces. Les régimes provinciaux sont appliqués depuis au moins treize ans et, dans la plupart des cas, depuis quatorze ou quinze ans.

Les régimes provinciaux se sont joints au programme fédéral aux dates suivantes:

Terre-Neuve	1 ^{er} avril 1969
Ile-du-Prince-Édouard	1 ^{er} décembre 1970
Nouvelle-Écosse	1 ^{er} avril 1969
Nouveau-Brunswick	1 ^{er} janvier 1971
Québec	1 ^{er} novembre 1970
Ontario	1 ^{er} octobre 1969
Manitoba	1 ^{er} avril 1969
Saskatchewan	1 ^{er} juillet 1968
Alberta	1 ^{er} juillet 1969
Colombie-Britannique	1 ^{er} juillet 1968
Yukon	1 ^{er} avril 1972
Territoires du Nord-Ouest	1 ^{er} avril 1971

Description des accords de financement

A la fin de 1976, les provinces et le gouvernement fédéral ont conclu de nouvelles ententes financières pour l'assurance de soins

in the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977 (FPFA/EPF Act).

Commencing April 1, 1977, federal contributions to the provinces with respect to the "established" programs of hospital insurance, medical care and post-secondary education, are no longer tied to provincial costs on the basis of cost-sharing formulae but take the form of a block fund that includes a transfer of tax points to the provinces, plus the associated fiscal equalization, in addition to cash payments.

The Established Programs Financing (EPF) provisions in the legislation contain the formula for calculating federal contributions to the provinces. Provincial entitlements are based on the escalated value of the per capita federal contributions in the 1975-76 base year, times a province's population. The escalator for this purpose is a three-year compound moving average of nominal growth of Gross National Product per capita. The EPF legislation was amended in 1982 to eliminate the compensation for termination of the 1972 Revenue Guarantee Program; this compensation had been built into the original (1977) EPF formula.

An individual province's cash contribution from the federal government in respect of the three previously cost-shared programs is equal to the difference between its total entitlement and the estimated value, for that province, of 13.5 points of personal income tax, 1.0 point of corporate income tax, and the fiscal equalization associated with these tax transfers¹.

The Minister of Finance allocates the total federal cash contribution to each province among the three "established" programs on the basis of the national proportions in the 1975-76 base year, with 17.4 per cent going towards the medical care program.

The allocated cash contributions for the health programs are deemed to be the contributions payable under the Hospital Insurance and Diagnostic Services and the Medical Care Acts. The cash contributions are payable by the Minister of National Health and Welfare who is responsible to Parliament for ensuring that the

-
1. The province of Quebec receives a special unequalized abatement of 8.5 personal income tax points for hospital insurance, medical care and post-secondary education. The value of this additional tax transfer reduces the amount of Quebec's cash contribution.

médicaux. Ces ententes furent incorporées dans la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis.

Depuis le 1er avril 1977, les contributions fédérales versées aux provinces relativement aux programmes établis d'assurance-hospitalisation, de soins médicaux et d'études postsecondaires ne sont plus liées aux frais provinciaux selon la formule du partage des coûts: elles prennent plutôt la forme d'un financement global qui comprend un transfert de points fiscaux aux provinces, plus la péréquation fiscale qui s'y rattache, ainsi que des versements en espèces.

Les formules utilisées dans le calcul des contributions fédérales annuelles versées aux provinces sont énoncées dans la Loi sur le financement des programmes établis. Les droits des provinces sont basés sur la valeur relevée des contributions fédérales par habitant au cours de l'année de base 1975-1976, multipliée par la population provinciale. Le facteur de progression en question consiste en une moyenne mobile calculée sur une période de trois ans du taux nominal d'accroissement du Produit national brut par habitant. La Loi sur le financement des programmes établis a été modifiée en 1982 afin d'éliminer les indemnités versées pour compenser la fin du Programme de revenus garantis. Cette compensation était partie intégrante de la formule originale inclue dans la Loi de 1977 sur le financement des programmes établis.

La contribution en espèces que le gouvernement fédéral verse à chaque province au titre des trois programmes établis est maintenant égale à la différence entre les droits totaux de chaque province et la valeur de 13,5 points d'impôts sur le revenu des particuliers, un point d'impôt sur le revenu des sociétés, ainsi que la péréquation fiscale associée à ces transferts fiscaux¹.

Le ministre des Finances répartit la contribution fédérale totale en espèces accordée à chaque province entre les trois programmes établis en fonction du prorata national pour l'année de base 1975-1976, 17,4 p. 100 étant alloué pour les soins médicaux.

Les contributions en espèces affectées aux programmes de santé sont considérées comme étant payables en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et de la Loi sur les soins médicaux. Ces contributions en espèces doivent être versées par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être

-
1. La province de Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points fiscaux sur le revenu des particuliers non-assujettis à la péréquation pour l'assurance-hospitalisation, les soins médicaux et les études postsecondaires. La valeur de ce transfert fiscal additionnel réduit le montant de la contribution en espèces versée au Québec.

provincial plans continue to meet the program criteria of the federal health insurance legislation respecting such matters as the comprehensiveness of insured services covered, universality of population covered, reasonable access to insured services without impediment by way of user charges or otherwise, portability, adequate standards of care and public administration on a non-profit basis. Under these financial arrangements, provinces now have greater flexibility in the use of their own funds and the federal contributions than that which prevailed under direct cost sharing.

Also, under the EPF Act, as of April 1, 1977, the federal government is making additional equal per capita cash contributions to the provinces towards the cost of extended health care services not covered by the Medical Care and Hospital Insurance Programs. These services are: nursing home intermediate care, adult residential care, converted mental hospitals, home care (health aspects), and ambulatory health care services. The extended health care services contribution is estimated at \$36.87 per capita or \$917,577,000 overall for 1983-84, and is subject to yearly escalation in the same manner as the basic cash contributions. The only condition of payment of the extended health care services program is that the provinces furnish to the Minister of National Health and Welfare such information as is reasonably required by Canada to carry out its international obligations, for the planning and achieving of national standards, and for mutually useful exchanges of information between Canada and the provinces in relation to health care.

Program Changes and Development

The rendering of charges (extra-billing and user fees) by medical practitioners and institutions that are in excess of provincial plan benefit levels continued to be a prominent public issue. Nine provinces allowed physicians to collect additional payments from patients for professional services rendered, and five provinces permitted medical institutions to levy charges in excess of provincial plan payment. Of these, four provinces allowed both types of surcharges while in the remaining provinces, only one or the other were in effect. It is estimated that the total extra-billing and user charges levied across the country amounted to

social qui est chargé par le Parlement de s'assurer que les régimes provinciaux continuent de satisfaire aux critères de la Loi fédérale sur l'assurance-santé concernant des points comme la garantie tous risques des services assurés couverts, l'application universelle de la garantie à tous les résidents assurables, l'accès raisonnable aux services assurés sans qu'il soit entravé par des frais d'utilisation ou d'autres dispositions, la transférabilité des prestations, des normes suffisantes en matière de soins, et l'administration sans but lucratif assurée par un organisme public. En vertu des nouveaux accords financiers, les provinces jouissent maintenant d'une plus grande souplesse quant à l'utilisation de leurs propres fonds et des contributions fédérales que dans le contexte du partage direct des frais.

De plus, en vertu de la Loi sur le financement des programmes établis, le gouvernement fédéral verse aux provinces, depuis le 1^{er} avril 1977, des contributions supplémentaires en espèces, soit une somme équivalente pour chacune de celles-ci, calculée selon une formule par habitant, afin de les aider à assumer les frais de certains services complémentaires de santé non prévus par les Programmes de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation. Il s'agit des services suivants: les soins courants en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les hôpitaux psychiatriques convertis, les soins à domicile (l'aspect santé) et les soins ambulatoires. La contribution relative aux services complémentaires de santé est évaluée à 36,87 \$ par habitant, ce qui représente un montant global de 917 577 000\$ pour l'année 1983-1984, et elle augmentera annuellement de la même manière que les autres contributions en espèces de base. La seule condition de paiement dans le cadre du programme de services complémentaires de santé est que les provinces fournissent au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social les données dont a besoin le gouvernement du Canada pour s'acquitter de ses obligations internationales, élaborer et appliquer des normes nationales et assurer un échange efficace de renseignements avec les provinces en matière de services de soins.

Changements aux programmes et nouveaux faits

La question des frais facturés par les médecins et les hôpitaux (surfacturation et frais aux usagers) en sus des tarifs fixés par les régimes provinciaux d'assurance-santé a continué d'être une préoccupation majeure pour le gouvernement. Au total, neuf provinces permettaient aux médecins de percevoir des montants supplémentaires des patients pour services professionnels rendus et cinq provinces autorisaient les hôpitaux à imposer des frais supplémentaires à ceux qui sont couverts sous le régime provincial. Quatre de ces provinces permettaient les deux sortes de surcharge tandis que dans les autres provinces, l'un ou l'autre

well over \$100 million during the fiscal year 1983-84.

Given this situation, the federal government pursued its objective of introducing new health insurance legislation which would protect, renew and improve Medicare while respecting the constitutional division of powers and responsibility in health care matters. Joint or bilateral meetings between federal and provincial ministers of health as well as meetings between health officials at both levels of Government were held throughout the year to further discuss this issue. In July 1983, the Government of Canada released a public document explaining the current situation with Medicare and emphasizing the importance of entrenching the basic principles of our health care system. The Minister of National Health and Welfare subsequently reiterated this goal at a conference of provincial ministers of health held in the fall. Bill C-3 (The Canada Health Act) was tabled in the House of Commons in December 1983 and received Third Reading on March 29, 1984. The Bill sought to clarify and strengthen the five basic conditions that have been the cornerstone of the health insurance system since its very inception.

Selected Changes in Provincial Plans

Surveillance of legislative and regulatory changes in the various provincial plans continued. While there was concern expressed about the effects of extra-billing, premiums, and problems of eligibility and portability, all provinces and territories continued to adhere to the conditions of the Act. The Department of National Health and Welfare continued to follow-up with the provinces concerning all allegations to the contrary which came to its attention.

Changes which occurred in provincial plans during the fiscal year include the following:

- While Newfoundland does not require its residents to pay health care premiums, the province introduced, as of April 1, 1983, a \$5.00 processing fee which is to be applied in instances where a new Medical Care Plan card is issued.
- Effective January 1, 1984, New Brunswick implemented a Seniors' Health Benefits Program. Residents of the province who are 65 years of age and over, registered with the provincial plan, and in receipt of Old Age Security and the Guaranteed

de ces frais additionnels étaient en vigueur. On estime que le montant total des deux types de surcharge perçus à travers le pays pendant l'année financière 1983-1984, s'est chiffré à bien au-delà de 100 millions.

Face à cette situation, le gouvernement fédéral a continué ses démarches en vue d'introduire une nouvelle loi sur la santé ayant pour objectif premier de consolider et d'améliorer le système de santé canadien tout en respectant le partage des responsabilités constitutionnelles en matière de soins de santé. Tout au long de l'année, il y eut une série de rencontres entre les ministres de la santé et les officiels des deux niveaux de gouvernement afin de discuter plus en détail de ce sujet. En juillet 1983, le gouvernement fédéral mettait en circulation un document public qui faisait le point sur la situation actuelle quant au système de santé et qui accentuait l'importance de préserver les principes fondamentaux de l'assurance-santé. Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social a par la suite réaffirmé cet engagement à une conférence des ministres provinciaux de la santé qui avait lieu à l'automne. Le projet de loi C-3 (Loi canadienne sur la santé) a été déposé à la Chambre des communes en décembre 1983 et est allé en troisième lecture le 29 mars 1984. Ce projet de loi visait à clarifier et à consolider les cinq conditions de base qui sous-tendent notre système de soins de santé assurés depuis le début.

Certains changements apportés aux régimes provinciaux

La surveillance des modifications apportées aux lois et aux règlements des différents régimes provinciaux s'est poursuivie. Malgré les inquiétudes exprimées au sujet de la surfacturation, des primes et des problèmes d'admissibilité et de transférabilité, toutes les provinces et les territoires ont continué à satisfaire aux exigences de la loi. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a poursuivi sa surveillance auprès des provinces lorsqu'il soupçonnait que ces exigences n'étaient pas respectées.

Les changements apportés aux régimes provinciaux au cours de l'année financière sont les suivants:

- Bien que les résidents de Terre-Neuve ne sont pas tenus d'acquitter des primes d'assurance-santé, la province a introduit à compter du 1^{er} avril 1983, des frais de 5 \$ applicables dans les cas où une nouvelle carte est émise sous le régime de santé provincial (Medical Care Plan).
- À compter du 1^{er} janvier 1984, le Nouveau-Brunswick a introduit le Programme d'allocations-santé pour les personnes âgées. Les résidents de la province âgés de 65 ans et plus qui sont inscrits au régime d'assurance-santé

Income Supplement (GIS), qualify for benefits under this program. Those who meet these eligibility requirements but are not receiving GIS may register with the program provided they pay an annual premium of \$39.96.

- Effective June 1, 1983, an amendment to the Regulations under the Saskatchewan Medical Care Insurance Act recognizes the chiropractor as a referring practitioner for payment purposes. Thus, services provided by a specialist to a patient referred by a chiropractor are now paid at the approved referred benefit rate.

- In 1983-84, Alberta revised and redesigned its Aids to Daily Living Program with a view to maximizing the quality of services available under the program while enhancing budget control. In the process, several other programs already in existence in the province were amalgamated under the Aids to Daily Living Program.
- Increases in the schedule of payments for medical practitioners were implemented in all provinces, except Alberta.

The Appendix contains a tabular summary of provincial medical care and hospital insurance plans, as of January 1, 1984. It should be noted, however, that this information is subject to change. Enquiries in this regard may be directed to the Director, Coordination and Communications, Health Insurance Directorate, Health Services and Promotion Branch, Department of National Health and Welfare, Ottawa, Ontario, K1A 1B4.

Medical Care Program - Administration

The purpose of the Medical Care Act is to ensure that all residents of Canada can have access to necessary care on a pre-paid basis by authorizing the federal government to provide financial assistance to the provinces. To do this effectively, the program has been organized on the basis of three interrelated activities:

1. administration of the Medical Care Act;
2. provision of advisory services to the provinces on various aspects of the provincial medical care insurance plans;

provincial, et qui reçoivent les Allocations de la sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti ont droit aux prestations de ce programme. Ceux qui rencontrent ces critères mais ne reçoivent pas le Supplément de revenu garanti peuvent s'inscrire au programme, moyennant le paiement d'une prime annuelle au montant de 39,96 \$.

- À compter du 1er juin 1983, la Saskatchewan a apporté un changement aux règlements sous le Saskatchewan Medical Care Insurance Act selon lequel les chiropraticiens sont maintenant reconnus comme médecins recommandants pour fins de paiement. Ainsi donc, les services fournis par un spécialiste à un patient qui lui a été référé par un chiropraticien sont maintenant payés au taux approuvé pour les services fournis sur recommandation.
- Au cours de l'année 1983-1984, l'Alberta a révisé et ajusté son programme Aids to Daily Living dans le but de porter au maximum la qualité des services offerts sous ce programme tout en favorisant un meilleur contrôle du budget. Plusieurs autres programmes déjà en existence dans la province ont été amalgamés sous celui-ci en cours de route.
- Une majoration des honoraires des médecins est entrée en vigueur dans toutes les provinces, sauf en Alberta.

L'annexe comprend un tableau récapitulatif des régimes provinciaux de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation, au 1er janvier 1984. Il est à noter, toutefois, que ces renseignements sont variables. Les demandes de renseignements à ce sujet peuvent être adressées au Directeur, Coordination et communications, Direction de l'assurance-santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa (Ontario) K1A 1B4.

Programme de soins médicaux - Administration

La Loi sur les soins médicaux a pour objet de garantir à tous les habitants du Canada l'accès aux soins médicaux nécessaires, à paiement anticipé, et d'autoriser à cette fin le gouvernement fédéral à fournir aux provinces une aide financière. Pour garantir son efficacité, le programme a été élaboré de façon à couvrir trois domaines d'activités apparentées:

1. l'application de la Loi sur les soins médicaux;
2. la création de services consultatifs, destinés aux provinces, sur les divers aspects des régimes provinciaux de soins médicaux;

3. conducting studies, and providing technical and professional consultative services to the provinces and other appropriate bodies on the planning, delivery and utilization of medical services.

The Health Services and Promotion Branch is responsible for the administration of the Medical Care Act, the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, and the program for Extended Health Care Services. Other responsibilities of the Branch include conducting studies and providing advice on health care services and related matters, administration of the National Health Research and Development Program, the development of health standards and guidelines, and health promotion activities.

The Health Insurance Supplementary Fund, which is also administered by the Health Services and Promotion Branch, provides for the payment of claims for the insured services of the Medical Care and the Hospital Insurance and Diagnostic Services Acts for residents of Canada who have been unable to obtain coverage or have lost coverage through no fault of their own. During 1983-84, payment amounted to \$92.50. After replenishment of the Fund by the provinces, and the government of Canada, the closing balance, as of March 31, 1984, was \$45,349.74.

Selected Activities

The federal-provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Services met twice during the year. The specific functions of this Committee, which consists of senior provincial health insurance plan officials, as well as representatives of the federal government, are to:

1. consider specific issues delegated by the Conference of Deputy Ministers of Health, or accepted by a significant number of the provinces as matters where a general consensus of informed opinion would be helpful, and make recommendations where appropriate;
2. promote federal/provincial coordination of medical and institutional needs of Canadians on a provincial, national and international level;
3. exchange information, or arrange for the exchange of information, which is of interest to a significant number of members of the Advisory Committee;

3. la conduite d'études et la création de services consultatifs d'ordre technique et professionnel, destinés aux provinces et aux organismes intéressés, dans les domaines de la planification, de la distribution et de l'utilisation des services médicaux.

La Direction générale des services et de la promotion de la santé est chargée de surveiller l'application de la Loi sur les soins médicaux, de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, du Programme des services complémentaires de santé. Elle entreprend des études, fournit des services de consultation dans le domaine des soins et services de santé et d'autres sujets connexes, gère le Programme national de recherche et de développement en matière de santé, et voit à la création de normes et de lignes de conduite dans le domaine de la santé, et à l'organisation des activités de promotion de la santé.

La Caisse supplémentaire d'assurance-santé, qui est aussi gérée par la Direction générale des services et de la promotion de la santé, prévoit le paiement d'indemnités, pour les services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux et de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, aux habitants du Canada qui n'ont pu obtenir la protection ou qui ont perdu leur droit à celle-ci sans que ce soit de leur faute. Au cours de l'année 1983-1984 les versements se sont élevés à 92,50 \$. Les provinces et le gouvernement du Canada, ayant renfloué la Caisse, le solde au 31 mars 1984 était de 45 349,74 \$.

Activités d'intérêt

Le Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement s'est réuni deux fois cette année. Formé des dirigeants provinciaux des régimes d'assurance-santé ainsi que des représentants du gouvernement fédéral, ce Comité avait le mandat suivant:

1. examiner les questions particulières confiées au Comité consultatif par la Conférence des sous-ministres de la Santé, ou considérées par un nombre suffisant de provinces comme nécessitant une unanimité d'opinion bien informée, et faire les recommandations qui s'imposent;
2. promouvoir la coordination au niveau fédéral et provincial des besoins en soins et en établissement des Canadiens, à l'échelon provincial, national et international;
3. échanger des renseignements, ou veiller à ce que l'on échange des renseignements qui intéressent un nombre suffisant de membres du Comité consultatif;

4. serve as a forum that will offer a means of contact between the federal and provincial governments and national health organizations.

Items of particular interest discussed at these meetings include:

- the standard out-patient rates for insured services provided in other provinces;
- reciprocal billing arrangements between provinces for in-patient and out-patient services as well as arrangements for medical services;
- the development of a standardized management information system for hospitals;
- budget allocation of the Canadian Standards Association Health Care Technology Program;
- calculation of the per diem rate for hospitals;
- payment schedule comparisons between provinces;
- the development of a computerized health facilities planning system;
- the development of architectural design guidelines for facilities providing care for the elderly;
- the Report on National Health Strategies;
- recommendations of the Ad Hoc Committee on Health Information Review;
- staffing methodologies project for Canadian hospitals;
- workload measurement systems (radiology and laboratory);
- curbs on psychotherapy and counselling services;
- tariff negotiations with the medical profession;
- agreements as to the perquisites of the medical teaching staff;
- physicians' income study;
- coverage for in vitro fertilization.

4. servir de point de rencontre entre le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et les organismes nationaux de santé.

Parmi les questions soulevées pendant ces réunions, mentionnons:

- les tarifs uniformes relatifs aux services assurés de consultation externe fournis à l'extérieur de la province;
- les accords entre les provinces concernant la facturation réciproque des services aux malades hospitalisés et des services de consultation externe ainsi que les dispositions pour les services médicaux;
- la création d'un système normalisé d'information de gestion pour les hôpitaux;
- l'affectation du budget du Programme de technologie sanitaire de l'Association canadienne de normalisation;
- le calcul du tarif de per diem pour les hôpitaux;
- la comparaison des barèmes de paiement entre les provinces;
- la création d'un système informatisé de planification des établissements de santé;
- l'élaboration de lignes directrices architecturales pour les établissements de soins pour personnes âgées;
- le Rapport sur l'élaboration d'une stratégie nationale de santé;
- les recommandations du Comité spécial sur la revue de l'information sanitaire;
- le projet de méthodologie de dotation pour les hôpitaux canadiens;
- les systèmes de mesure du volume de travail (radiologie et laboratoire);
- les services de psychothérapie et de counseling;
- les négociations avec les membres du corps médical au sujet des barèmes de paiement;
- ententes relatives aux priviléges du personnel médical enseignant;
- l'étude de revenu des médecins;
- montant prévu pour la fertilisation in vitro.

The Department continued to provide data on physicians' earnings and expenses of practice to provincial medical care insurance plans and provincial medical associations during the year. Similar studies of other categories of health professionals were also continued at the request of the provinces. In-depth comparative analyses of utilization and cost experience of the provincial medical care insurance plans were also undertaken.

Information and views continued to be exchanged with provincial officials, representatives of professional associations, academics, and representatives of foreign governments interested in Canada's national health insurance programs. Ongoing national and international interest in these programs was reflected in the many requests for information received by the Department.

Financial Experience

During the fiscal year 1983-84, federal payments made with respect to the Medical Care Program under Section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977 to the provinces totalled \$1,184,342,000.

Payments by Canada to the provinces for the fiscal years 1979-80 to 1983-84 are detailed in Table 1. These represent payments under Section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, and include compensation for the termination of the 1972 Revenue Guarantee Program up to and including fiscal year 1981-82. Table 2 details advance payments for these years made in these years, but excludes Revenue Guarantee Compensation payments. Table 3 deals with contributions by Canada to the provinces; these data also exclude the Revenue Guarantee Compensation payments. These consisted of a combination of tax room transfers to the provinces and cash, as explained under the "Description of Financing Arrangements" section of this report.

Au cours de l'année, le Ministère a continué de fournir des données sur les gains et les dépenses des médecins aux administrateurs des régimes provinciaux de soins médicaux et aux associations médicales provinciales. À la demande des provinces, des études analogues sur d'autres catégories de spécialistes de la santé ont également été poursuivies. On a également procédé à des analyses comparatives approfondies sur l'utilisation et le coût des régimes provinciaux de soins médicaux.

Des échanges de renseignements et de points de vue se sont poursuivis avec les hauts fonctionnaires provinciaux, les universitaires et les représentants d'associations professionnelles et de gouvernements étrangers qui s'intéressent aux programmes nationaux d'assurance-santé au Canada. L'intérêt que suscitent les programmes canadiens à l'échelle nationale et internationale continue de se manifester par le nombre élevé de demandes de renseignements adressées au Ministère.

Rapport financier

Au cours de l'année financière 1983-1984, les versements fédéraux aux provinces, en vertu de l'Article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, se sont chiffrés à environ 1 184 342 000 \$.

Les versements du Canada aux provinces pour les années financières de 1979-1980 à 1983-1984 sont indiqués au Tableau 1. Ces chiffres représentent les versements faits en vertu de l'Article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, et comprennent, le cas échéant, les indemnités versées en raison de la terminaison du Programme de revenus garantis de 1972. Le Tableau 2 indique les versements anticipés pour ces années financières, mais ne comprend pas les indemnités relatives au Programme de revenus garantis. Le Tableau 3 porte sur les contributions du Canada aux provinces mais ces données ne comprennent pas non plus les indemnités du Programme de revenus garantis. Ces contributions étaient faites sous la forme de transferts de champs d'imposition aux provinces et de versements en espèces, comme l'explique la rubrique "Description des accords de financement" du présent rapport.

Table 1
Medical Care Program
Payments by Canada to Provinces
in Fiscal Years 1979-80 to 1983-84

Tableau 1
Programme de soins médicaux
Versements du Canada aux provinces pour les années financières
1979-1980 à 1983-1984

	1979-80	1980-81	1981-82	1982-83 ²	1983-84 ²
Newfoundland/Terre-Neuve	\$ 22,560,000	\$ 24,401,000	\$ 25,626,000	\$ 21,337,000	\$ 31,857,000
Prince Edward Island/Ile-du-Prince-Édouard	4,909,000	5,194,000	5,437,000	4,801,000	6,846,000
Nova Scotia/Nouvelle-Écosse	33,409,000	36,324,000	37,489,000	33,673,000	47,448,000
New Brunswick/Nouveau-Brunswick	28,005,000	29,738,000	31,082,000	27,035,000	30,934,000
Quebec/Québec	175,114,000 ³	170,823,000 ³	178,692,000 ³	151,868,000 ³	258,852,000 ³
Ontario	315,750,000	337,230,000	359,385,000	329,174,000	450,315,000
Manitoba	41,357,000	44,661,000	45,075,000	41,526,000	54,922,000
Saskatchewan	38,379,000	40,954,000	42,898,000	41,662,000	59,210,000
Alberta	63,028,000	69,562,000	81,542,000	77,572,000	87,701,000
British Columbia/Columbia-Britannique	92,223,000	98,250,000	97,910,000	96,294,000	145,185,000
Yukon Territory/Territoire du Yukon	688,000	741,000	846,000	836,000	947,000
Northwest Territories/Territoires du Nord-Ouest	1,613,000	1,749,000	1,719,000	2,240,000	2,125,000
Canada	\$817,035,000	\$859,607,000	\$907,692,000	\$828,518,000	\$1,184,342,000

Consisting of:/Comportant :

- a) Advance payments on estimated contributions for the current fiscal year;/Les versements anticipés sur les contributions pour l'année financière en cours;
 - and/or
 - b) Adjustment to payments with respect to the previous fiscal years/Redressement aux paiements pour les années financières précédentes
- | | | | | |
|---------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| \$814,520,000 | \$892,034,000 | \$943,995,000 | \$919,601,000 | \$1,120,662,000 |
| 2,515,000 | (32,427,000) | (36,303,000) | (91,083,000) | 63,680,000 |
| Total Payments/Sommes globales | \$817,035,000 | \$859,607,000 | \$907,692,000 | \$828,518,000 |
| | | | | \$1,184,342,000 |

2. These contributions no longer include Revenue Guarantee Compensation payments as this program ended on April 1, 1982./Les données ne comprennent plus les indemnités versées en raison de la terminaison du Programme de revenus garantis puisque le programme pris fin le 1er avril 1982.
3. The cash payment to Quebec is lower on a per capita basis compared with other provinces. The reason for this is that under Section 7 of the HPI Act, 1977, Quebec receives a special abatement of 8.5 personal income tax points on a fiscal year basis for hospital insurance, medical care and post-secondary education. The value of these points is (1) subtracted from the cash transfer to Quebec before the residual is allocated among the three established programs and (2) added to the tax transfer for the purpose of determining the sum of the cash and tax transfer./Le paiement en espèces par habitant est moins élevé au Québec que dans les autres provinces. C'est qu'en vertu de l'Article 7 de la loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, la province de Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points fiscaux sur le revenu des particuliers et calculé selon l'année financière pour l'assurance-hôpitalisation, les soins médicaux et les études postsecondaires. La valeur de ces points est (1) soustraite du transfert en espèces accordé à la province de Québec ayant que le solde soit réparti entre les trois programmes établis, et (2) ajoutée au transfert d'impôts dans le but d'établir la somme du transfert en espèces et du transfert d'impôts.

Table 2
 Medical Care Program
 Advance Payments by Canada to Provinces
 In Fiscal Years 1979-80 to 1983-84
 Excluding compensation for the termination of the 1972
 Revenue Guarantee Program

Tableau 2
 Programme de soins médicaux
 Versvements anticipés du Canada aux provinces pour les années
 financières 1979-1980 à 1983-1984
 Excluant la compensation pour la terminaison du Programme de
 revenu garanti de 1972

	1979-80	1980-81	1981-82	1982-83	1983-84
Newfoundland/Terre-Neuve	\$ 19,752,000	\$ 21,198,000	\$ 24,772,000	\$ 25,536,000	\$ 30,455,000
Prince Edward Island/L'Île-du-Prince-Édouard	4,277,000	4,609,000	5,257,000	5,493,000	6,353,000
Nova Scotia/Nouvelle-Écosse	29,547,000	31,694,000	36,245,000	38,145,000	45,284,000
New Brunswick/Nouveau-Brunswick	24,299,000	26,106,000	30,049,000	31,350,000	37,242,000
Quebec/Québec	145,647,000 ⁴	150,991,000 ⁴	171,395,000 ⁴	181,205,000 ⁴	234,741,000 ⁴
Ontario	280,522,000	303,416,000	344,839,000	366,818,000	433,241,000
Manitoba	36,122,000	38,459,000	43,598,000	46,334,000	55,186,000
Saskatchewan	33,417,000	36,040,000	41,431,000	45,554,000	54,992,000
Alberta	61,235,000	69,771,000	77,699,000	70,813,000	86,725,000
British Columbia/Columbia-Britannique	78,289,000	86,543,000	98,154,000	105,561,000	133,051,000
Yukon Territory/territoire du Yukon	662,000	727,000	787,000	732,000	943,000
Northwest Territories/Territoires du Nord-Ouest	1,514,000	1,562,000	1,742,000	2,060,000	2,267,000
Canada	\$715,288,000	\$771,115,000	\$875,961,000	\$919,601,000	\$1,120,662,000
Consisting of:/Comportant :					
a) Advance payments on estimated contributions for the current fiscal year;/les versements anticipés sur les contributions pour l'année financière en cours;	\$715,288,000	\$771,115,000	\$875,961,000	\$919,601,000	\$1,120,662,000
and/et					
b) Adjustment to payments with respect to the previous fiscal years/Redressement aux paiements pour les années financières précédentes ⁵	2,515,000	(32,427,000)	(36,303,000)	(91,083,000)	63,680,000
Total Payments/Sommes globales	\$717,803,000	\$738,688,000	\$839,658,000	\$828,518,000	\$1,184,342,000

- 12 -

Consisting of:/Comportant :

- a) Advance payments on estimated contributions for the current fiscal year;/les versements anticipés sur les contributions pour l'année financière en cours;
- and/et
- b) Adjustment to payments with respect to the previous fiscal years/Redressement aux paiements pour les années financières précédentes⁵

4. The cash payment to Quebec is lower on a per capita basis compared with other provinces. The reason for this is that under Section 7 of the EPF Act, 1977, Quebec receives a special abatement of 8.5 personal income tax points on a fiscal year basis for hospital insurance, medical care and post-secondary education. The value of these points is (1) subtracted from the cash transfer to Quebec before the residual is allocated among the three established programs and (2) added to the tax transfer for the purpose of determining the sum of the cash and tax transfer.⁶ Le paiement en espèces par habitant est moins élevé au Québec que dans les autres provinces. S'il en est ainsi, c'est qu'en vertu de l'article 7 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, la province de Québec reçoit un abattement spécial de 8.5 points fiscaux sur le revenu des particuliers et calcule selon l'année financière pour l'assurance-hospitalisation, les soins médicaux et les études postsecondaires. La valeur de ces points est (1) soustraire du transfert en espèces accordé à la province de Québec ayant que le solde soit réparti entre les trois programmes établis, et (2) ajoutée au transfert d'impôts dans le but d'établir la somme du transfert en espèces et du transfert d'impôts.

5. Due to the manner in which the Department of Finance reports payment data, it has not been possible to segregate those portions of the adjustment payments involving the Revenue Guarantee. Thus, the data in this row are identical to those contained in Table 1.⁷ A cause de la façon dont le ministère des Finances fait rapport sur les paiements, il n'a pas été possible de séparer la portion des paiements de redressement concernant le Revenu garanti. Donc, les données dans cette colonne sont identiques à celles du Tableau 1.

Table 3
Medical Care Program
Contributions by Canada to Provinces
in Fiscal Years 1979-80 to 1983-84

Tableau 3

Programme de soins médicaux

Contributions du Canada aux provinces pour les années financières 1979-1980 à 1983-1984⁶

	1979-80	1980-81	1981-82	1982-83	1983-84
Newfoundland/Terre-Neuve	\$ 33,281,000	\$ 37,042,000	\$ 41,295,000	\$ 46,413,000	\$ 51,414,000
Prince Edward Island/Ile-du-Prince-Édouard	7,206,000	8,042,000	8,912,000	10,018,000	11,096,000
Nova Scotia/Nouvelle-Écosse	49,786,000	55,347,000	61,646,000	69,534,000	76,899,000
New Brunswick/Nouveau-Brunswick	40,943,000	45,543,000	50,659,000	57,059,000	63,171,000
Quebec/Québec	375,206,000	418,236,000	468,353,000	529,018,000	581,095,000
Ontario	502,721,000	561,243,000	627,421,000	711,591,000	787,748,000
Manitoba	60,864,000	67,123,000	74,653,000	84,457,000	93,556,000
Saskatchewan	56,307,000	62,832,000	70,439,000	79,935,000	88,691,000
Alberta	128,352,000	154,095,000	182,478,000	189,285,000	209,450,000
British Columbia/Colombie-Britannique	153,077,000	177,050,000	200,308,000	227,868,000	251,771,000
Yukon Territory/Territoire du Yukon	1,429,000	1,617,000	1,831,000	1,935,000	2,000,000
Northwest Territories/Territoires du Nord-Ouest	2,654,000	2,928,000	3,327,000	3,853,000	4,329,000
CANADA	\$1,411,826,000	\$1,591,098,000	\$1,791,322,000	\$2,010,966,000	\$2,221,220,000

6. These contributions data exclude compensation for the termination of the 1972 Revenue Guarantee Program, but include cash contributions and tax transfers. Ces données sur les contributions excluent la compensation pour la terminaison du Programme de revenu garanti de 1972, mais incluent les contributions comptant et les 'transferts d'impôts.

Analysis of Cost Changes⁷

The analysis in this section covers the fiscal years 1974-75 to 1983-84.

Unadjusted aggregate and per capita program costs,⁹ as reported by the ten provinces, increased from \$1,459.2 million, or \$64.91 per capita in 1974-75 to \$4,998.3 million, or \$199.12 per capita in 1983-84. For the fiscal years to 1976-77 inclusive the program costs reported by the provinces were the basis for calculating the federal contributions under the Medical Care Act (Canada). Under the financing arrangements in effect since then, the federal contributions are no longer based upon reported program costs. Although provinces continued to report in the autumn of each year on their program costs for the preceding fiscal year, recent data for some of the provinces were subject to the distorting effects of various administrative and organizational changes.

The dollar figures and percentage changes shown in Table 4 are based upon program costs that were adjusted to improve their year-to-year comparability. The adjustments consist of an increase in the 1974-75 program costs for Ontario and the four western provinces to offset a temporary transfer of the costs of certain laboratory and radiology services from the provincial medical care insurance programs to the hospital insurance programs, and adjustments of program costs in certain provinces where the figures reported for recent years are no longer fully comparable with those for earlier years. The counts of insured persons, used to calculate per capita rates, were adjusted in the light of the most recent Statistics Canada estimates of the net population¹⁰.

Analyse des variations dans les coûts⁷

Dans cette partie, l'analyse se rapporte aux années financières 1974-1975 à 1983-1984⁸.

Les coûts globaux et par habitant⁹ déclarés par les dix provinces sont passés de 1459,2 millions de dollars, ou 64,91 \$ par habitant, en 1974-1975, à 4998,3 millions de dollars ou 199,12 \$ par habitant, en 1983-1984. Jusqu'en 1976-1977 inclusivement, les coûts déclarés par les provinces ont servi de base pour calculer le montant des contributions fédérales en vertu de la Loi sur les soins médicaux (Canada). Toutefois, par suite des accords fiscaux en vigueur depuis lors, les contributions fédérales ne sont plus établies en fonction des coûts déclarés. Bien que, chaque automne, les provinces fassent connaître leurs coûts pour l'année financière précédente, les données récentes de certaines provinces subissaient un effet de distorsion en raison de changements d'ordre administratif ou structurel.

Les montants en dollars et les variations en pourcentage qui figurent au Tableau 4 sont fondés sur des coûts qui ont été rajustés pour faciliter la comparaison d'une année à l'autre. Pour procéder à ces rajustements, on a augmenté les coûts pour l'Ontario et les quatre provinces de l'Ouest pour 1974-1975, de façon à compenser le transfert provisoire des coûts de certains services de laboratoire et de radiologie du régime provincial de soins médicaux au régime d'assurance-hospitalisation et l'on a rajusté les coûts dans certaines provinces où les chiffres déclarés pour les dernières années ne sont plus entièrement comparables à ceux des années antérieures. Le total des personnes assurées, utilisé pour calculer le taux par habitant, a été rajusté en fonction des estimations les plus récentes de Statistique Canada de la population nette¹⁰.

-
7. Excludes Yukon and Northwest Territories.
 8. Years ending March 31.
 9. Program costs consist of the sum of provincial expenditures for services insured under the terms of the Medical Care Act (Canada); they exclude costs of administration. All provinces report program costs on a date-of-payment basis. Consequently, some of the expenditure figures analyzed here may be subject to the effects of changes in the delay between the date of service and the date of payment.
 10. The net population consists of the total population, minus members of the Armed Forces and the R.C.M.P., and minus inmates of federal penitentiaries. In 1983-84 the number of excluded persons was about 108 500 or 0.44 per cent of the total population.
-
7. Le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest exclus.
 8. Années finissant le 31 mars.
 9. Représente la somme des dépenses engagées par les provinces pour les services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux (Canada), à l'exclusion des frais d'administration. Toutes les provinces déclarent leurs frais de programmes en fonction de la date des paiements. Par conséquent, les chiffres analysés ici peuvent être sujets aux effets des changements dans le délai entre la date de service et la date de paiement.
 10. La population nette est la population totale à l'exclusion des membres des Forces armées, de la GRC et des détenus dans les pénitenciers fédéraux. En 1983-1984, le nombre de personnes exclues s'élevait à 108 500 ou 0,44 p. 100 de la population totale.

Table 4/Tableau 4
 Adjusted Aggregate and Per Capita Program Costs, and Average Annual Rates of Change¹¹/
 Coûts globaux et par habitant rajustés et taux annuels moyens de variation¹¹

	<u>1974-75</u>	<u>1982-83</u>	<u>1983-84</u>
Aggregate Program Costs (\$ Millions)/ Coûts globaux (millions \$)	1,586.0	4,392.5	5,009.0
Per Cent Change Per Year (%)/ Pourcentage de variation par année (%)	13.6	14.0	
Per Capita Program Costs (\$)/ Coûts par habitant (\$)	71.03	178.96	202.09
Per Cent Change Per Year (%)/ Pourcentage de variation par année (%)	12.2	12.9	

Over the entire period from 1974-75 to 1983-84, adjusted aggregate program costs increased by 215.8 per cent, or 13.6 per cent per year. In per capita terms the increases were 184.5 per cent overall, and 12.3 per cent per year.

Total Medical Care Program costs consist of fee payments to physicians, non-fee payments to physicians, and the costs of certain dental services performed in hospitals. In the years 1974-75 to 1983-84, non-fee payments to physicians and the costs of insured dental services, taken together, accounted for 5.9 per cent to 6.7 per cent of total program costs.

Table 5 refers only to fee payments to physicians. The further details provided in the following paragraphs and tables are confined to such payments.

Pendant toute la période allant de 1974-1975 à 1983-1984, les coûts globaux (rajustés) ont augmenté de 215,8 p. 100, ou 13,6 p. 100 par année. Pour ce qui est de l'augmentation des coûts par habitant, elle a été de 184,5 p. 100 globalement, soit 12,3 p. 100 par année.

Le coût total du programme de soins médicaux comprend les paiements aux médecins rémunérés à l'acte, les paiements aux médecins non rémunérés à l'acte et les frais de certains services dentaires offerts dans les hôpitaux. Pour la période de 1974-1975 à 1983-1984, la somme des paiements aux médecins non rémunérés à l'acte et des frais des services dentaires représentait de 5,9 à 6,7 p. 100 des coûts globaux.

Le Tableau 5 ne porte que sur les paiements aux médecins rémunérés à l'acte. Toutes les autres données fournies dans les paragraphes et tableaux suivants ne se rapportent qu'à ces paiements.

11. Average annual rates of change are calculated by means of the compound interest method.

11. Les taux annuels moyens de variation ont été établis au moyen de la méthode des intérêts composés.

Table 5/Tableau 5
 Adjusted Aggregate and Per Capita Fee Payments to Physicians, and Average Annual
 Rates of Change¹²
 Montants rajustés des versements aux médecins rémunérés à l'acte (globaux et par
 habitant) et taux annuels moyens de variation¹²

	<u>1974-75</u>	<u>1982-83</u>	<u>1983-84</u>
Aggregate Fee Payments (\$ Millions)/ Ensemble des paiements à l'acte (millions \$)	1,492.5	4,096.7	4,681.0
Per Cent Change Per Year (%)/ Pourcentage de variation par année (%)		13.5	14.3
Per Capita Fee Payments (\$)/ Paiements à l'acte par habitant (\$)	66.84	166.91	188.86
Per Cent Change Per Year (%)/ Pourcentage de variation par année (%)		12.1	13.2

Table 6 contains information, for selected periods, about some of the factors that tend to contribute to changes in fee-for-service program costs. Such factors as population, the number of physicians and price are measured directly. Other factors, e.g. per capita fee payments and utilization, are derived from the measured ones. The data on changes in program costs are supplemented by information on changes in the Gross National Product (GNP) and in the Consumer Price Index (CPI).

Le Tableau 6 contient des données, pour des périodes choisies, au sujet de certains des facteurs qui peuvent entraîner des changements dans les coûts des programmes de rémunération à l'acte. Des facteurs comme la population, le nombre de médecins et les prix sont mesurés directement. D'autres facteurs, par exemple les paiements à l'acte par habitant ainsi que l'utilisation sont calculés à partir des facteurs mesurés. Les données relatives aux variations dans les coûts des programmes sont complétées par des données sur les variations du Produit national brut (PNB) et de l'Indice des prix à la consommation (IPC).

12. Average annual rates of change are calculated by means of the compound interest method.

12. Les taux annuels moyens de variation ont été établis au moyen de la méthode des intérêts composés.

Table 6/Tableau 6

Average Annual Rates of Change of Selected Factors Contributing to Changes in Fee Payments/
 Taux annuels de variation de certains facteurs contribuant aux variations des paiements versés aux
 médecins rémunérés à l'acte

	Per Cent Change Per Year/ Variation annuelle en pourcentage		
	1974-75 to/à 1982-83	1982-83 to/à 1983-84	1974-75 to/à 1983-84
Aggregate Fee Payments to Physicians/ Ensemble des paiements à l'acte aux médecins rémunérés	13.5	14.3	13.5
Insured Population/Population assurée	1.2	1.0	1.2
Per Capita Fee Payments/Paiements à l'acte par habitant	12.1	13.2	12.2
Number of Physicians/Nombre de médecins	3.1	3.0	3.1
Fee Payments per Physician/Paiement à l'acte par médecin	10.0	11.0	10.1
Per Capita Number of Physicians/Nombre de médecins par habitant	1.9	2.0	1.9
Price/Prix	8.5	9.2	8.6
Utilization/Utilisation	4.6	4.7	4.6
Per Capita Utilization/Utilisation par habitant	3.4	3.6	3.4
Utilization per Physician/Utilisation par médecin	1.4	1.6	1.5
Gross National Product/Produit national brut ¹³	11.7	8.8	11.4
Consumer Price Index/Indice des prix à la consommation ¹³	9.7	5.8	9.3

The physician-supply factor shows changes in the number of full-time equivalent physicians¹⁴. The price factor measures changes in the fee-for-service payment schedules of provincial medical care insurance plans. It does not measure changes in the average cost of services which may result from changes in patterns of practice or in the billing habits of physicians. The utilization factor is a residual - it is obtained by removing the effects of price changes from increases in fee payments - and is not measured independently, i.e. it is not determined by counting changes in the number of services provided by physicians. It may not only reflect changes in the volume of services, but also include the price-effect of changes in

Le facteur "effectif de médecins" montre les changements sur le plan du nombre de médecins équivalents plein temps¹⁴. Le facteur "prix" mesure les changements dans les barèmes de rémunération à l'acte des régimes provinciaux d'assurance-maladie, mais non les variations dans le coût moyen des services qui peuvent être imputables aux changements de mode d'exercice ou de facturation des médecins. Le facteur "utilisation" est un résidu et n'est pas mesuré de manière indépendante, c'est-à-dire qu'on ne l'obtient pas en comptant les changements dans le nombre de services fournis par les médecins. En conséquence, ce facteur rend peut-être non seulement compte du changement dans le volume des services, mais encore des répercussions que

13. The percentages shown for GNP and CPI are based upon calendar year figures, i.e. they reflect changes from 1974 to 1982, etc.

14. The number of full-time equivalent physicians is not an actual count, but is a derived figure that takes into account the costs of services performed by physicians in full-time and part-time fee practice.

13. Les pourcentages indiqués pour le PNB et l'IPC ont été calculés à partir des chiffres des années civiles, c'est-à-dire qu'ils reflètent les changements survenus entre 1974 et 1982, etc.

14. Le nombre de médecins équivalents plein temps ne constitue pas un chiffre réel; il s'agit d'un chiffre calculé qui tient compte du coût des services rendus par des médecins exerçant à plein temps ou à temps partiel.

patterns of practice and billing habits of physicians. Per capita utilization, i.e. the estimated volume of fee services per insured person, is believed to grow or decline as a result of changes in: the age-sex and urban-rural distribution of the insured population; people's expectations; technology; and the per capita supply of physicians.

Over the entire period from 1974-75 to 1982-83, aggregate fee payments grew at a higher rate than did the GNP. Increases in fee payments per physician were slightly larger than changes in the CPI.

As shown in Table 6, most of the increases from 1982-83 to 1983-84 were roughly in keeping with trends established during the preceding eight-year period. In the last year, such factors as aggregate fee payments and the price of physicians' services grew at considerably higher rates than did the GNP and the CPI.

In Table 7, the data from Table 6 are expressed in dollar terms and in corresponding percentage distributions. In attributing dollar effects to changes in the insured population and to changes in physician supply, it is assumed that each additional insured person or physician tends to generate the same fee payments per person or per physician as were generated on the average by those already insured or practising in the base period.

peuvent avoir les changements dans le mode d'exercice ou de facturation des médecins sur les prix des services. L'utilisation par habitant, c'est-à-dire le volume estimatif, par personne assurée, des services fournis par les médecins rémunérés à l'acte peut s'accroître ou diminuer par suite de changements dans la répartition selon l'âge et le sexe, ainsi que dans la distribution urbaine-rurale de la population assurée, les attentes de la population, les progrès technologiques et les changements dans l'effectif de médecins par habitant.

Pendant toute la période allant de 1974-1975 à 1982-1983, l'ensemble des paiements à l'acte a augmenté à un rythme plus élevé que le PNB, tandis que les augmentations dans les paiements à l'acte par médecin ont été légèrement supérieures aux variations de l'IPC.

Comme l'indique le Tableau 6, la majorité des augmentations entre 1982-1983 et 1983-1984 se poursuivaient selon les tendances établies au cours des huit années précédentes. Pendant la dernière année, les facteurs tels que l'ensemble des paiements à l'acte et le prix des services fournis par les médecins ont augmenté à un rythme considérablement plus élevé que le PNB et l'IPC.

Dans le Tableau 7, les données présentées au Tableau 6 sont exprimées en termes monétaires, et l'on a également ajouté les pourcentages correspondants. En attribuant des effets monétaires aux changements dans la population assurée et aux changements dans l'effectif des médecins, on suppose que chaque personne assurée additionnelle ou chaque médecin additionnel entraîne des paiements par personne ou par médecin équivalents à ceux qui sont occasionnés en moyenne par les personnes qui étaient déjà assurées ou les médecins qui exerçaient déjà au cours de la période de base.

Table 7/Tableau 7

Extent to which Selected Factors Contributed to Increases in Aggregate Fee Payments to Physicians/
 Contribution de certains facteurs choisis à l'accroissement des versements totaux aux médecins rémunérés
 à l'acte

	Annual Average/Moyenne annuelle					
	1974-75 to/à 1982-83		1982-83 to/à 1983-84		1974-75 to/à 1983-84	
	(\$ Million)	(%)	(\$ Million)	(%)	(\$ Million)	(%)
Increases in Aggregate Fee Payments to Physicians/						
Augmentation de l'ensemble des paiements à l'acte aux médecins	325.5	100.0	584.3	100.0	354.3	100.0
Attributable to Changes in:/						
Attribuable aux changements dans les facteurs suivants:						
Insured Population/ Population assurée	30.0	9.2	42.3	7.2	31.8	9.0
Per Capita Fee Payments/ Paiements à l'acte par habitant	295.5	90.8	542.1	92.8	322.5	91.0
Number of Physicians/ Nombre de médecins	79.2	24.3	129.8	22.2	85.3	24.1
Fee Payments per Physician/ Paiements à l'acte par médecin	246.4	75.7	454.5	77.8	269.0	75.9
Per Capita Number of Physicians/ Nombre de médecins par habitant	49.2	15.1	87.6	15.0	53.5	15.1
Price/Prix	209.4	64.3	383.5	65.7	228.4	64.5
Utilization/Utilisation	116.2	35.7	200.7	34.3	125.9	35.5
Per Capita Utilization/Utilisation par habitant	86.2	26.5	158.5	27.1	94.1	26.5
Utilization per Physician/Utilisation par médecin	37.0	11.4	70.9	12.1	40.6	11.4

During the nine-year period from 1974-75 to 1983-84 aggregate fee payments to physicians rose by \$3,188.5 million or \$354.3 million per year. Of the total increase of \$3,188.5 million, 9.0 per cent, or \$286.5 million, was accounted for by population growth, and a further 64.5 per cent, or \$2,055.6 million, was the result of price changes. The remaining 26.5 per cent, or \$846.4 million, was the result of changes in the utilization per insured person. As mentioned before, the utilization factor may not consist entirely of volume changes, but may include the price effects of changes in the patterns of practice and in billing habits of physicians.

Increases in the utilization per insured person are believed to be strongly influenced by increases in the per capita supply of physicians. Assuming a direct relationship between the two just-mentioned ratios, i.e. per capita utilization and the per capita supply of physicians, the data in Table 7 show that changes in the per capita supply of physicians accounted

Au cours des neuf années qui se sont écoulées entre 1974-1975 et 1983-1984, l'ensemble des paiements à l'acte aux médecins a augmenté de 3 188,5 millions de dollars ou 354,3 millions de dollars par année. De cette augmentation totale de 3 188,5 millions de dollars, 9,0 p. 100 ou 286,5 millions de dollars sont attribuables à l'augmentation de la population tandis que 64,5 p. 100 ou 2 055,6 millions de dollars étaient imputables aux changements de prix. Le reste, soit 26,5 p. 100 ou 846,4 millions de dollars résultait de changements dans l'utilisation par personne assurée. Comme nous l'avons mentionné, ce dernier chiffre ne représente pas seulement des changements dans le volume, mais peut aussi comprendre l'effet de changements dans les modes d'exercice et de facturation des médecins sur les prix.

On croit que l'augmentation de l'utilisation par personne assurée est fortement influencée par l'augmentation du nombre de médecins par habitant. Si l'on suppose qu'il existe une relation directe entre ces deux facteurs, c'est-à-dire l'utilisation par habitant et le nombre de médecins par habitant, les données présentées dans le Tableau 7 indiquent que les

for 15.1 per cent, or \$481.2 million, of the total increase in fee payments from 1974-75 to 1983-84 while changes in the utilization per physician accounted for 11.4 per cent, or \$365.2 million.

Alternatively, the data in Table 7 suggest that changes in the total number of physicians accounted for 24.1 per cent, or \$767.7 million, of the increase in fee payments to physicians, and that changes in fee payments per physician accounted for the remaining 75.9 per cent, or about \$2,420.9 million.

It was stated earlier that changes in the age-sex composition of the insured population may be one of the factors which influence changes in the utilization per person. Statistics Canada's estimates of the age-sex distribution of the Canadian population (assumed to be representative of changes in the age-sex distribution of the insured population of the ten provincial medical care insurance plans) showed considerable changes from 1974 to 1983. During that period, there was a decline in the proportion of people aged "19 or less" and "45 to 54" from 37.3 per cent to 30.6 per cent and from 10.8 per cent to 10.1 per cent, respectively. Conversely, the share of the age group "20 to 44" rose from 35.2 per cent to 40.3 per cent, and the proportion of people aged "55 and over" rose from 16.6 per cent to 19.1 per cent. For all age groups combined, there was also a small increase in the proportion of females (the per capita costs of females tend to be about 40 per cent higher than those of males).

From data on the per capita costs, by five-year age group and sex, of the beneficiaries of four provincial medical care insurance plans (Quebec, Ontario, Saskatchewan, Alberta), it is estimated that the changes in the age-sex composition of the population may have been responsible for an increase of about 4.8 per cent in per capita fee payments to physicians from 1974-75 to 1983-84, or a little over 0.5 per cent per year. In terms of the figures shown in Table 7, this suggests that changes in the age-sex distribution of the insured population raised fee payments by about \$130.0 million, or 4.1 per cent of the total increase of \$3,188.5 million, from 1974-75 to 1983-84.

Aggregate fee payments to physicians, and the factors which tend to influence the level of fee payments, changed at rates which varied from province to province.

changements dans le nombre de médecins par habitant représentent 15,1 p. 100, ou 481,2 millions de dollars de l'augmentation totale des paiements à l'acte entre 1974-1975 et 1983-1984 alors que les changements dans l'utilisation par médecin représentent 11,4 p. 100 ou 365,2 millions de dollars.

D'autre part, les données du Tableau 7 indiquent que les changements dans le nombre total de médecins représentent 24,1 p. 100, ou 767,7 millions de dollars de l'augmentation des paiements versés aux médecins rémunérés à l'acte et que les changements sur le plan des paiements à l'acte par médecin sont responsables des 75,9 p. 100 restants, soit environ 2420,9 millions de dollars.

Il a été mentionné plus tôt que le changement dans la composition par âge et par sexe de la population assurée peut être l'un des facteurs qui explique les changements dans l'utilisation par personne. Selon les estimations de Statistique Canada, la distribution de la population canadienne (considérée comme représentative des changements intervenus dans la distribution selon l'âge et le sexe de la population assurée par les régimes provinciaux d'assurance-santé) a accusé des changements considérables entre 1974 et 1983. Pendant cette période, on notait en effet une baisse de la proportion de la population âgée de 19 ans et moins ainsi que de 45 à 54 ans, cette diminution étant de 37,3 à 30,6 p. 100 et de 10,8 à 10,1 p. 100 respectivement. Réciproquement, la proportion de la population âgée de 20 à 44 ans est passée de 35,2 à 40,3 p. 100 et celle des personnes âgées de 55 ans et plus a augmenté de 16,6 à 19,1 p. 100. Pour tous les groupes d'âge combinés, on a aussi remarqué une légère hausse de la proportion des femmes (le coût par habitant de sexe féminin est généralement de 40 p. 100 plus élevé que le coût par habitant de sexe masculin).

A partir des données sur les coûts par habitant, par groupe d'âge de cinq ans et par sexe, des bénéficiaires de quatre régimes d'assurance-santé provinciaux (Québec, Ontario, Saskatchewan, Alberta), on a estimé que les changements dans la composition par âge et par sexe de la population peuvent être la cause d'une augmentation d'environ 4,8 p. 100 dans les paiements à l'acte aux médecins par habitant entre 1974-1975 et 1983-1984, soit un peu plus de 0,5 p. 100 par année. Par rapport au chiffre indiqué dans le Tableau 7, cela porte à croire que les changements dans la distribution par âge et par sexe de la population assurée a fait augmenter les paiements à l'acte d'environ 130,0 millions de dollars soit 4,1 p. 100 de l'augmentation totale de 3188,5 millions de dollars entre 1974-1975 et 1983-1984.

L'ensemble des paiements effectués aux médecins rémunérés à l'acte ainsi que les facteurs qui peuvent influer sur le niveau des paiements à l'acte ont changé selon des taux qui varient d'une province à l'autre.

Table 8 shows median, minimum and maximum values in the annual rate of change of selected factors during the period from 1974-75 to 1983-84.

Le Tableau 8 montre les valeurs minimale, maximale et médiane du taux de changement annuel de certains facteurs au cours de la période de 1974-1975 à 1983-1984.

Table 8/Tableau 8

Interprovincial Variations in Average Annual Rates of Change of Selected Factors/
Variations interprovinciales dans les taux de changement annuels moyen de certains facteurs donnés

	Per Cent Change Per Year 1974-75 to 1983-84/ Changement en pourcentage par année 1974-1975 à 1983-1984	
	Medians/ Valeurs médianes	Range/ Variations
Aggregate Fee Payments to Physicians/		
Ensemble des paiements à l'acte aux médecins	13.8	10.0 to/à 17.0
Insured Population/Population assurée	0.8	0.5 to/à 3.4
Per Capita Fee Payments/Paiements à l'acte par habitant	12.7	9.3 to/à 14.3
Number of Physicians/Nombre de médecins	3.0	1.7 to/à 4.9
Fee Payments per Physician/Paiements à l'acte par médecin	10.6	6.7 to/à 12.5
Per Capita Number of Physicians/Nombre de médecins par habitant	1.8	0.6 to/à 4.2
Price/Prix	9.2	5.3 to/à 10.7
Utilization/Utilisation	4.4	2.9 to/à 5.7
Per Capita Utilization/Utilisation par habitant	3.4	1.8 to/à 4.3
Utilization per Physician/Utilisation par médecin	1.3	0.2 to/à 2.0

Particular provinces experienced high rates of increase with respect to some of the factors, and low rates of changes with respect to other factors. As a result of all the changes the gap between low and high per capita costs widened from 1974-75 to 1983-84, as follows¹⁵:

Certaines provinces ont connu de très fortes augmentations des taux pour certains facteurs et des hausses plus faibles en ce qui concerne d'autres facteurs. Par suite de tous les changements, l'écart entre les coûts faibles et élevés par habitant s'est élargi entre 1974-1975 et 1983-1984 de la façon suivante¹⁵:

15. The figures for Newfoundland are excluded because a high proportion of medical services in the province is provided by non-fee physicians. Consequently, per capita fee costs in the province are unusually low.

15. Les chiffres de Terre-Neuve ont été exclus parce qu'une forte proportion des services médicaux dans cette province sont dispensés par des médecins non rémunérés à l'acte. Par conséquent, les coûts des services rémunérés à l'acte sont exceptionnellement faibles dans cette province.

- range of per capita fee costs in 1974-75
= \$40 to \$79 (a difference of just under 100 per cent);
- range of per capita fee costs in 1983-84
= \$123 to \$264 (a difference of approximately 115 per cent).
- variation des coûts des services rémunérés à l'acte par habitant en 1974-1975 = 40 \$ à 79 \$ (une différence légèrement inférieure à 100 p. 100);
- variation des coûts des services rémunérés à l'acte par habitant en 1983-1984 = 123 \$ à 264 \$ (une différence d'environ 115 p. 100).

Source:

Health Information Division
Information Systems Directorate
Policy, Planning and Information Branch
Department of National Health and Welfare
January 1986

Source:

Division de l'information sur la santé
Direction des systèmes d'information
Direction générale de la politique, de la
planification et de l'information
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être
social
Janvier 1986

THE HOSPITAL INSURANCE AND MEDICAL CARE
PROGRAMS
SUMMARY OF PROVINCIAL* HEALTH INSURANCE
PLANS**:

benefits(a): premiums: authorized charges
(March 31, 1984)(b)

NEWFOUNDLAND

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners, certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals, and one full optometric diagnostic examination per beneficiary per year.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Services not available in Newfoundland paid at host province rate. Other services paid at Newfoundland rate.

Outside Canada: Services not available in Canada paid at a rate established by the Newfoundland Medical Care Commission. Other services paid at Newfoundland rate.

Additional benefits (d): The Department of Health administers: Children's dental health program available to children up to their 13th birthday and for certain disabilities, e.g. cleft palate. There is a \$5.00 fee per filling or extraction; cystic fibrosis program; food bank plan pays towards the cost of diets needed to prevent mental retardation arising from metabolic disorders; hearing aid program for needy or social assistance recipients; senior citizen's drug subsidy program for residents over 65 in receipt of or eligible for Guaranteed Income Supplement; social assistance drug plan; air and ground emergency ambulance programs pay towards the cost of services. (Effective April 1, 1984, the Department of Social Services administers the vision care program for school children of/and recipients of social assistance, foster children and selected long-term care patients in institutions or boarding homes.)

Premium per month: none. A \$5.00 processing fee applies for every issuance of a Medical Care Plan Card.

PROGRAMME D'ASSURANCE-HOSPITALISATION ET

PROGRAMME DE SOINS MÉDICAUX

RÉSUMÉ DES RÉGIMES PROVINCIAUX*

D'ASSURANCE-SANTÉ**:

services assurés(a): primes: frais autorisés
(le 31 mars 1984)(b)

TERRE-NEUVE

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin, certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste et un examen de la vue complet, par année, par bénéficiaire.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: services non offerts à Terre-Neuve payés au tarif prévu par la province d'accueil. Autres services payés au tarif prévu par Terre-Neuve.

A l'étranger: services non offerts au Canada payés au tarif établi par la Commission. Autres services payés au tarif prévu par Terre-Neuve.

Services complémentaires assurés (d): le ministère de la Santé administre: un programme d'hygiène dentaire disponible pour les enfants jusqu'à leur 13^e anniversaire et pour certaines infirmités, comme les fissures palatines. Il y a des honoraires à l'acte de 5 \$ par obturation ou extraction. Programme de fibrose kystique; programme de banque alimentaire pour supporter le coût des régimes nécessaires à la prévention de l'arréfaction mentale résultant de troubles du métabolisme; programme de prothèses acoustiques pour les indigents et les assistés sociaux; programme de subvention des médicaments pour les résidents de plus de 65 ans qui reçoivent le Supplément de revenu garanti; programme de médicaments de l'Assistance sociale; programme d'ambulances aériennes et programme d'ambulances terrestres, en cas d'urgence, pour supporter le coût de ces services. (Depuis le 1er avril 1984, le ministère des Services sociaux administre le programme de soins de la vue pour les enfants d'âge scolaire des/et les assistés sociaux, les enfants nourriciers, de même que certains patients des établissements à long terme ou des maisons de pension.)

Prime mensuelle: aucune. 5 \$ de frais de transformation imputables à l'émission de chaque carte sous le régime des soins médicaux.

*Any reference to Provinces includes the Territories.

**See notes (a) to (j) on pages 52-53.

*Toute référence aux provinces comprend les territoires.

**Voir notes (a) à (j) aux pages 52-53.

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward accommodation and meals; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations; use of operating room, case room, and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies; routine surgical supplies; use of radiotherapy facilities and radioactive isotopes where available; use of physiotherapy facilities.

Out-patient: Laboratory and radiological procedures, including radioactive isotopes, electroencephalograms, cardiograms and basal metabolism estimations, together with the necessary interpretations; radiotherapy and physiotherapy where available, as well as clinic and emergency visits, including use of operating rooms, application of casts, drugs and medical and surgical supplies administered in hospital.

Out-of-province benefits (e): Same benefits as provided in the province.

Authorized charges: Standard ward charge of \$5.00 per day, up to a maximum of 15 days per admission, including transfer to another hospital in which case cumulative charge limit of \$75.00 also applies. Re-admission within 60 days of discharge in connection with the same illness or condition will be limited to the \$75.00 maximum charge. Patients aged 65 years and over and patients certified by the Department of Social Services as being unable to pay are exempted from charge. Effective March 1, 1983, hospitals are allowed to charge persons who remain in hospital after medical discharge, \$20.00/day for those awaiting nursing home placement. (Note: See Addendum re current charges.)

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: l'hébergement en salle et les repas; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie ou autres services diagnostiques; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des installations de radiothérapie et les isotopes radioactifs là où ils existent; l'usage des installations de physiothérapie.

Services de consultation externe: les services de laboratoire et de radiologie, y compris les isotopes radioactifs, les électroencéphalogrammes, les cardiogrammes et les estimations du métabolisme basal, de même que les analyses nécessaires; la radiothérapie et la physiothérapie si ces services sont disponibles; les unités sanitaires et les visites à l'urgence, y compris l'usage des salles d'opération, l'application des plâtres et les médicaments ainsi que le matériel médical et chirurgical offert par l'hôpital.

Services assurés hors de la province (e): les mêmes services que ceux qui sont assurés dans la province.

Frais autorisés: la somme de 5 \$ par jour pour la salle, jusqu'à un maximum de 15 jours par admission, y compris le transfert à un autre hôpital, auquel cas les frais cumulatifs sont également limités à 75 \$. En cas de réadmission pour le même état ou la même maladie dans les 60 jours qui suivent le congé, la somme maximale exigée sera de 75 \$. Les patients âgés de 65 ans et plus et ceux qui sont reconnus par le ministère des Services sociaux comme étant incapables de payer sont exemptés de cette somme. Depuis le 1^{er} mars 1983, les hôpitaux peuvent facturer leurs patients après que ceux-ci ont obtenu leur congé du médecin, 20 \$/jour (les personnes qui attendent d'être placées dans une maison de repos). (Remarque: voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

PRINCE EDWARD ISLAND

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Physician services paid at rates authorized by the host province except that referrals for services available in P.E.I. are paid at P.E.I. rate.

Outside Canada: Paid at P.E.I. rate except that referrals for services not available in Canada are paid at rates established by Commission.

Additional benefits (d): Children's dental care program for those aged 4 to 12 (annual registration fee \$4.00 per child, \$12.00 maximum per family); no charge out-patient prescription program for persons with diabetes, rheumatic fever, phenylketonuria, and social assistance recipients; mental health clients are charged cost + 20% and cystic fibrosis clients are charged cost + 25%; ambulance subsidization program.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward accommodation and meals; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations; use of operating room, case room, anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies; routine surgical supplies; use of radiotherapy and physiotherapy facilities.

Out-patient: Laboratory, radiological and other diagnostic procedures as specified, including use of radioactive isotopes; drugs, biologicals and related preparations for emergency diagnosis and treatment; necessary nursing supplies; use of operating room and anaesthetic facilities, including the necessary equipment and supplies; routine surgical supplies; use of

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: services de médecin payés au tarif autorisé par la province d'accueil, sauf que les services recommandés offerts par l'Île-du-Prince-Édouard sont payés au tarif prévu par cette province.

À l'étranger: services payés au tarif prévu par l'Île-du-Prince-Édouard, sauf que les services recommandés non offerts au Canada sont payés au tarif prévu par la Commission.

Services complémentaires assurés (d): programme de soins dentaires destinés aux enfants âgés de 4 à 12 ans, (frais d'inscription annuels de 4 \$ par enfant jusqu'à concurrence de 12 \$ par famille); programme de médicaments gratuits pour les consultants externes souffrant de diabète, de rhumatisme articulaire aigu, de phénylcétonurie et les assistés sociaux; les personnes recevant des services psychiatriques doivent débourser le coût de ces services + 20% et les personnes souffrant de fibrose kystique doivent débourser le coût de ces services + 25%; programme de financement des services d'ambulance.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: l'hébergement en salle et les repas; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie ou autres services diagnostiques; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie.

Services de consultation externe: les services de laboratoire, de radiologie ou autres services diagnostiques tels qu'ils sont précisés, y compris l'utilisation d'isotopes radioactifs; les médicaments, les produits biologiques et les autres préparations connexes à un diagnostic et un traitement d'urgence; les fournitures pour soins infirmiers nécessaires;

radiotherapy and physiotherapy facilities.
(Note: Exclusions: hospital admission, chest x-rays, syphilis and serology.)

l'usage des salles d'opération et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie. (Remarque: sont exclus: l'admission à l'hôpital, la radiologie de la poitrine, le syphilis et la sérologie.)

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Commission pays an amount calculated on basis of per diem rate of host province, plus any authorized charges in case of: 1) emergency; 2) person in process of establishing self in another province or leaving Canada; or 3) services not available in Canada. Otherwise, daily rates payable by Commission, determined in accordance with reciprocal billing arrangements made with host province.

Outside Canada: In-patient: 1) emergency - up to \$100.00 per day towards cost of hospital room charges (standard ward rates) and 75% of balance of cost of insured services; 2) referral with approval of Commission for conditions that cannot be adequately treated in Canada at a rate for in-patient services at the hospital which includes room and board and all medically necessary hospital services. Effective December 1983: a) referral for services available in P.E.I., paid at Commission rate not to exceed highest per diem hospital rate in P.E.I.; b) referral for services not available in P.E.I. but available elsewhere in Canada, paid at Commission rate not to exceed per diem rate at Victoria General Hospital in Halifax, Nova Scotia. Out-patient: 1) emergency - rate of 75% of approved hospital charges; 2) referral for services not available in Canada, at a rate of 100% of approved hospital charges.

Services assurés hors de la province (e):

Au canada: la Commission paie un montant calculé selon le taux du per diem de la province d'accueil, plus les frais autorisés, pour: 1) les cas d'urgence; 2) les personnes en cours de s'établir dans une autre province, quitter le pays; et 3) où les services ne sont pas offerts au Canada. Pour les autres cas, les tarifs quotidiens payables par la Commission, conformément à l'accord sur la facturation réciproque avec la province d'accueil.

À l'étranger: services dispensés aux malades hospitalisés: 1) pour les cas d'urgence - 100 \$ par jour pour le tarif d'une chambre d'hôpital (le tarif de la salle) et 75% des coûts restants des services assurés; 2) pour les patients ailleurs avec l'approbation de la Commission du fait que leur état ne peut pas être traité de façon adéquate au Canada, au tarif des services dispensés aux malades hospitalisés incluant chambre et pension et tous les autres services hospitaliers médicalement nécessaires. Depuis décembre 1983: a) les services recommandés offerts par l'Île-du-Prince-Édouard sont payés au taux de la Commission et ne doivent pas excéder le per diem le plus élevé de la province; b) les services recommandés non offerts par la province sont payés au taux de la Commission et ne doivent pas excéder le per diem de l'hôpital Victoria General en Nouvelle-Écosse. Services de consultation externe: 1) urgences - 75% des frais hospitaliers approuvés; 2) services recommandés non offerts au Canada - 100% des frais hospitaliers approuvés.

Authorized charges: none

Frais autorisés: aucun

NOVA SCOTIA

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Services not available in Nova Scotia paid at rate of host province.

Outside Canada: Elective services at Nova Scotia rate; referrals and accidents or emergencies at Nova Scotia rate plus 75% of difference.

Additional benefits (d): Assistance in the acquisition, replacement and repair of standard leg and arm prostheses; children's dental plan for those born on or after January 1, 1967 and who have not attained their sixteenth birthday; cleft lip/cleft palate plan with an age restriction of 23; cystic fibrosis drugs; dental services for certain persons (adults and children) suffering from severe mental retardation, when hospitalization is required; diabetes insipidus drugs; optometric benefits; Pharmacare plan for residents 65 years and over includes drugs, diabetic and ostomy supplies; therapeutic drugs for cancer patients provides partial coverage for those with limited incomes; ambulance subsidy program.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward accommodation and meals; necessary nursing services; laboratory, x-ray and diagnostic procedures; drugs, biological and related preparations; use of operating room, case room and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies; routine surgical supplies; radiotherapy services; physiotherapy services and blood or therapeutic blood fractionation.

NOUVELLE-ÉCOSSE

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: les services non offerts en Nouvelle-Écosse sont payés au tarif de la province d'accueil.

A l'étranger: les services facultatifs sont payés au tarif en vigueur en Nouvelle-Écosse; les services dispensés aux personnes adressées à l'étranger ou traitées à la suite d'un accident ou d'une urgence sont payés au tarif en vigueur en Nouvelle-Écosse plus 75% du solde des frais.

Services complémentaires assurés (d): programme d'aide pour l'achat, le remplacement et la réparation de membres artificiels; régime d'assurance dentaire pour enfants nés le 1er janvier 1967 ou après cette date et qui n'ont pas atteint l'âge de 16 ans; régime relatif aux fissures labiales et aux fentes palatines (restreint aux personnes âgées de 23 ans ou moins); programme de médicaments pour les personnes atteintes de fibrose kystique; soins dentaires fournis à certaines personnes (adultes et enfants) atteintes d'arriération mentale grave, lorsque l'hospitalisation est requise; programme de médicaments pour les personnes qui souffrent de diabète insipide; services d'optométrie. Le Régime d'assurance-médicaments (Pharmacare) pour les résidents de 65 ans et plus couvre les médicaments, les fournitures pour les diabétiques et les stomisés; et le régime de médicaments pour les personnes atteintes de cancer couvre une partie des frais lorsque le revenu est limité; programme de subside des services d'ambulance.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: l'hébergement en salle et les repas; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiographie ou autres services diagnostiques; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; les services de radiothérapie et de physiothérapie; les transfusions et le fractionnement du sang à des fins thérapeutiques.

Out-patient: Broad range of essential services as approved by regulation including: medically necessary laboratory, electroencephalographic and radiological examinations, radiotherapy for malignant and non-malignant conditions, electrocardiograms, physiotherapy facilities where available, various drugs, hospital services including meals for day patient care for diabetes, haemo-dialysis, ultrasonic diagnostic procedures and interpretations and electrocardiograms and interpretations, intravenous chemotherapy as well as specified hospital services when required for emergency diagnosis and treatment within 48 hours of an accident and specified hospital, medical and surgical procedures.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Payment for in-patient services is at the standard ward rate and in accordance with the interprovincial reciprocal billing agreement. Out-patient coverage based on inter-provincial rates in accordance with reciprocal billing agreement. No prior approval is required since the reciprocal billing system came into effect.

Outside Canada: Up to \$100.00 per day plus 75% of the remainder. Payment is limited to the cost of ward accommodation or, where no ward accommodation exists, to the lowest semi-private rate available. Out-patient services covered at inter-provincial out-patient rate plus 75% of balance, when medically necessary services provided in emergency cases. Reimbursement will be at the prevailing rate for the service in Nova Scotia for non-emergency cases.

Authorized charges: none

Services de consultation externe: un vaste éventail de services essentiels approuvés par règlement, et requis du point de vue médical y compris: les tests de laboratoire et les examens électro-encéphalographiques et radiologiques; la radiothérapie pour les affections malignes et bénignes, les électrocardiogrammes, les installations de physiothérapie, s'il y en a; divers médicaments, les services hospitaliers, y compris les repas pour diabétiques en traitement de jour, l'haémo-dialyse, les procédés diagnostiques au moyen des ultrasons et l'analyse des résultats, les électrocardiogrammes et l'analyse des résultats, la chimiothérapie intraveineuse, ainsi que les services hospitaliers approuvés lorsque nécessaires pour le diagnostic et le traitement de cas d'urgence dans les 48 heures suivant un accident et les services hospitaliers approuvés nécessaires à diverses interventions chirurgicales ou médicales.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: Le paiement relatif aux services dispensés aux malades hospitalisés est déboursé au tarif de la salle et conformément à l'accord conclu entre les provinces sur la facturation réciproque. Les services externes assurés sont fondés sur le tarif entre les provinces conformément à l'accord sur la facturation réciproque. L'approbation préalable n'est plus nécessaire depuis que cet accord est en vigueur.

À l'étranger: le tarif de la salle jusqu'à concurrence de 100 \$ par jour, plus 75% des frais restants. Le paiement est limité au coût de la salle ou, s'il n'existe pas de salle, au tarif de chambre à deux lits, le plus bas possible. Les frais des services externes sont assurés au tarif des services externes entre les provinces, plus 75% des frais restants quand les services médicalement nécessaires sont pourvus dans des cas urgents. Pour les cas non urgents, le remboursement correspondra au tarif en vigueur en Nouvelle-Écosse pour le même service.

Frais autorisés: aucun

NEW BRUNSWICK

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Services defined by the Medical Director as not available in New Brunswick paid at rate of host province. Other services paid at New Brunswick rate. Services of pathologists and radiologists not available in province paid at 90% of charges. Those available in New Brunswick paid at 80%.

Outside Canada: Services defined by the Medical Director as not available paid at Ontario or Quebec plan rate. Other services paid at New Brunswick rate. Pathologist and radiologist services not available in province paid at 70%; those available paid at 60%.

Additional benefits (d): Vision program covers one refraction per year for children 18 or under; health services pharmaceutical program for those in financial need (\$2.00/prescription if 18 and over, and \$1.00/prescription for those 17 and under); prescription drug program for residents 65 and over (\$3.00/prescription up to yearly maximum of \$30.00). Effective January 1, 1984, a Seniors' health benefits program was introduced. The program is for persons 65 and over who are full-time residents of the province, registered with Medicare, receiving both Old Age Security and Guaranteed Income Supplement. Those not in receipt of G.I.S. who wish to receive benefits, must pay a yearly premium of \$39.96. Benefits include: self-administered injection supplies; diabetic testing supplies, ostomy supplies; specified eye care services, hearing aids, foot and chiropractic services. (Prosthetic and orthotic services were included April 1, 1984.) Limits on services. The rehabilitative equipment program is also for persons 65 and over, who are full-time residents of the province, and registered with Medicare. A written referral by a N.B. physician, public health nurse, physiotherapist, occupational therapist or Extramural Hospital, is also required in order to receive such items as canes, crutches, wheelchairs, etc., on a loan basis.

NOUVEAU-BRUNSWICK

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: services définis par le directeur des services médicaux non offerts au Nouveau-Brunswick payés au tarif prévu par la province d'accueil. Autres services payés au tarif prévu par le Nouveau-Brunswick. Services de pathologie et de radiologie non offerts dans la province payés à 90%; services offerts dans la province payés à 80%.

À l'étranger: services définis par le directeur des services médicaux non offerts payés au tarif des régimes de l'Ontario et du Québec. Autres services payés au tarif prévu par le Nouveau-Brunswick. Services de pathologie et de radiologie non offerts dans la province payés à 70%; services offerts dans la province payés à 60%.

Services complémentaires assurés (d): programme de soins optométriques couvre une réfraction de la vue par année pour les enfants de 18 ans ou moins; programme de médicaments sur ordonnance des services de santé pour les bénéficiaires d'aide sociale (2 \$ par ordonnance pour les adultes de 18 ans et plus et 1 \$ par ordonnance pour les enfants de 17 ans ou moins); plan de médicaments sur ordonnance pour les personnes de 65 ans et plus (3 \$ par ordonnance jusqu'à concurrence de 30 \$ par année civile). Le 1^{er} janvier 1984, la province introduisait un programme d'allocations-santé pour les personnes âgées. Le programme s'applique aux personnes de 65 ans et plus qui habitent dans la province, qui sont inscrites au programme d'assurance-maladie et qui reçoivent les Allocations de la sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti. Les personnes qui ne reçoivent pas le Supplément de revenu garanti mais désirent recevoir les bénéfices doivent payer une prime annuelle de 39,96 \$. Les bénéfices comprennent: matériel d'injection pour les personnes qui doivent s'administrer elles-mêmes des médicaments; matériel pour diabétiques; matériel pour ostomies; soins de la vue; appareils auditifs; soins des pieds et services de chiropraxie. (Depuis le 1^{er} avril 1984, le programme couvre le coût des services de prothèses et d'orthèses.) Limite de services. Le programme d'équipement de réadaptation s'applique aussi aux personnes de 65 ans et plus, qui habitent dans la province et sont inscrites au Programme d'assurance-maladie. Il est aussi nécessaire d'obtenir une attestation écrite d'un médecin de Nouveau-Brunswick, infirmière, physiothérapeute, ergothérapeute ou de l'hôpital Extra-Mural pour avoir droit aux articles prêtés tels que les cannes, les bâquilles, les fauteuils roulants, etc.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward, accommodation and meals; necessary nursing services; drugs; use of operating room, delivery room and anaesthetic facilities; laboratory, radiological (x-ray) and other diagnostic services; use of radiotherapy and physiotherapy facilities.

Out-patient: Laboratory and diagnostic radiological procedures and all approved available services when prescribed by a physician in an approved hospital.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: In-patient: coverage at standard ward rate, for all hospital services medically necessary for the care and treatment of any disease, illness, or disability that requires admission to an approved hospital as an in-patient. Out-patient: total amount charged for entitled services at rates established by the provincial authority in the jurisdiction in which the services were received. (Exclusions: out-patient visits solely for administration of medicines or for physician services.)

Outside Canada: In-patient coverage: Services not available in New Brunswick paid at an all-inclusive rate not in excess of the average standard ward rate, rounded to the nearest dollar, of the three major Canadian hospitals selected by the Medical Director. Other services paid at an all-inclusive rate specified by province. Maximum of \$304.00 per day. Newborns maximum of 1/5 above. These rates are calculated on July 1 of each year. Out-patient coverage: paid at New Brunswick rate or the amount charged whichever is less.

Authorized charges: Effective July 4, 1983, province re-introduced authorized charges for general out-patient services at \$6.00/visit (\$3.00 for social aid recipients, yearly maximums). Out-patient respiratory therapy \$3.00/day's visit. Exemptions: persons 65 years and over, and persons in receipt of services outside of the province. (Note: See Addendum re current charges.)

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: l'hébergement en salle et les repas; les services infirmiers nécessaires; les médicaments; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les services de laboratoire, de radiologie ou autres services diagnostiques; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie.

Services de consultation externe: les services de laboratoire, de radiologie ou autres services diagnostiques et tous les services disponibles approuvés sur ordonnance d'un médecin dans un hôpital approuvé.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: la protection au tarif de la salle pour tous les services médicalement nécessaires pour les soins et le traitement de toutes maladies ou invalidités qui exigent une admission dans un hôpital agréé. Services de consultation externe: la totalité des frais des services assurés au tarif établi par l'autorité provinciale dans le secteur de compétence dans lequel les services ont été reçus. (Sont exclus: les visites de consultation externe uniquement pour l'administration des médicaments et pour les services de médecin.)

A l'étranger: services dispensés aux malades hospitalisés: services non offerts au Nouveau-Brunswick payés entièrement à un tarif ne dépassant pas le tarif moyen de la salle (arrondi au dollar) des trois principaux hôpitaux canadiens choisis par le directeur médical. Les autres services payés entièrement à un tarif quotidien global fixé par la province et ne dépassant pas 304 \$ par jour. Les soins aux nouveau-nés ne doivent pas dépasser 1/5 de la somme mentionnée ci-dessus. Ces tarifs sont calculés le 1^{er} juillet de chaque année. Services dispensés aux malades externes: services payés au tarif du Nouveau-Brunswick ou le montant facturé, en prenant le moins élevé de ces montants.

Frais autorisés: depuis le 4 juillet 1983, la province a réintroduit des frais autorisés pour les services de consultation externe à 6 \$ la visite (3 \$ pour les bénéficiaires d'aide sociale, maximum annuel). Thérapie respiratoire aux malades externes, 3 \$ la visite par jour. Les personnes exemptées: celles de 65 ans et plus et celles qui reçoivent des services hors de la province. (Remarque: voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

QUEBEC

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All services rendered by physicians that are medically necessary and the services of oral surgery determined by regulation and required by dentistry and rendered by a dentist in a university establishment determined by regulation or in a hospital centre by a dentist authorized to render such services in that centre, and the services determined by regulation and required by optometry and rendered by optometrists.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Services paid at Quebec rates, or at the lesser amount, upon presentation of a fee statement for services rendered.

Outside Canada: All insured services covered by the Régie received in or outside a hospital reimbursed according to the tariff currently in force in Quebec, or at the lesser amount, upon presentation of a fee statement for services rendered.

Full cost of hospitalization reimbursed by the Régie, as well as a partial payment towards the cost of specialized treatments which are not available in Quebec. These reimbursements are subject to prior authorization by the Régie upon the written request signed by two physicians alleging that the required services are not available in Quebec. Such a request must be accompanied with a summary of the case history as well as a descriptive summary of the specialized services required.

Additional benefits (d): The Régie de l'assurance-maladie du Québec administers the following programs: program for appliances supplied to persons with permanent colostomy, ileostomy or urostomy; exterior breast prostheses assistance program following mastectomy; dental services for children under the age of 16; dental services, including dentures, for social aid recipients who have been social aid recipients for at least six months (or in urgent special circumstances) and their dependants; drugs and related professional services for recipients of social aid and recipients of certain governmental social aid measures, for persons aged 65 years and over, for persons aged 60 to 64 inclusive who receive a spouse's allowance under the Old Age Security Act and who, without this benefit, would qualify for welfare assistance; hearing aids program for all persons 35 years of age and under and social aid recipients (persons 35 or over who already use an aid paid for by the Régie are also now included); ocular prostheses (artificial eyes) program for a beneficiary who has undergone an enucleation, an evisceration, or a permanent

QUÉBEC

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et les services de chirurgie buccale déterminés par règlement, requis au point de vue dentaire et rendus par un chirurgien-dentiste dans un établissement universitaire déterminé par un règlement ou dans un centre hospitalier où il est autorisé à les rendre et les services optométriques déterminés par règlement requis au point de vue optométrique et rendus par les optométristes.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: services assurés payés au tarif prévu par le Québec, ou le moindre montant, sur présentation d'un relevé d'honoraires mentionnant les services rendus.

À l'étranger: tous les services professionnels couverts par le régime d'assurance-maladie et fournis à l'hôpital ou à l'extérieur de l'hôpital sont remboursés au tarif en vigueur au Québec ou selon les honoraires effectivement payés si ces derniers sont moindres que ceux qui auraient été remboursés au Québec.

La Régie assume la totalité des frais d'hospitalisation et une partie des frais professionnels reliés aux soins médicaux spécialisés qui ne se donnent pas au Québec. Ces frais sont assumés sous réserve de l'approbation préalable de la Régie sur demande écrite accompagnée d'un résumé du dossier médical, d'une description sommaire des soins spécialisés requis. La demande doit être signée par deux médecins du Québec attestant que les services requis ne sont pas dispensés au Québec.

Services complémentaires assurés (d): la Régie de l'assurance-maladie du Québec administre les programmes suivants: le programme d'appareils fournis aux stomisés permanents ayant subi une colostomie, une iléostomie ou une urostomie permanente; le programme d'aide pour prothèses mammaires externes après mastectomie; les services dentaires pour les enfants de moins de 16 ans; les services dentaires et les prothèses dentaires fournies aux bénéficiaires de l'aide sociale depuis au moins six mois (sauf dans certains cas d'urgence), ainsi qu'aux personnes à leur charge; les médicaments et les services professionnels connexes fournis aux bénéficiaires de l'aide sociale pour les personnes de 65 ans ou plus, et pour les personnes de 60 à 64 ans qui bénéficient d'une allocation de conjoint en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse et qui, sans cette allocation, auraient droit à l'aide sociale; le programme d'aide pour les handicapés auditifs de 35 ans et moins et les bénéficiaires d'aide sociale (tous les résidents du Québec de plus de 35 ans, qui possèdent déjà un appareil payé par la Régie peuvent de nouveau bénéficier du programme); le

conjunctival closure; prostheses, orthopaedic appliances or other appliances specified by regulation; visual aid program for residents 35 years and under (all beneficiaries over 35 to whom the Régie already lends a visual aid continue to be covered by the program). Effective September 8, 1984, any visually handicapped who is employed or enrolled in a course of study is eligible for the program, regardless of age; laryngectomy related appliances and services supplied out of two designated establishments.

Additional services offered to the Quebec population under special programs of the Department of Health and Social Services include: the transportation of sick persons according to specified criteria; certain special medications at a reduced price (\$2.00 per medication for a period of 28 days), for ambulatory patients who suffer from cancer, mental disorders, cystic fibrosis, tuberculosis, primary hyperlipoproteinemia, diabetes insipidus or psychiatric illness; medications not included on the List of Medications and supplied to patients, in special circumstances, suffering from a serious or chronic illness; free ambulance services for persons 65 years of age and older.

Premiums per month: none (i)

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Lodging and meals; necessary services; operating rooms; medications; prostheses and orthoses; biological products; radiotherapy and physiotherapy services.

Out-patient: Clinical services of psychiatric care, electro-shock therapy, insulin therapy, and behavioural therapy; emergency care, minor surgery, radiotherapy, diagnostic services, physiotherapy, ergotherapy, audiology, speech therapy and inhalation therapy services; orthoptic services; services or examinations necessary for a resident to obtain employment, or those required in the course of employment or on the demand of the employer, provided that such examination or service is required by a law of Quebec other than the Collective Agreement Act.

programme de prothèses oculaires (yeux artificiels), fournis aux résidents du Québec, ayant subi une énucléation, une éviscération ou un recouvrement conjonctival permanent; les prothèses, les appareils orthopédiques ou autres déterminés par règlement; le programme d'aide pour les handicapés visuels de 35 ans et moins (les bénéficiaires de plus de 35 ans qui possèdent une aide visuelle prêtée par la Régie continuent d'être couverts par le programme). Depuis le 8 septembre 1984, un handicapé visuel qui exerce un emploi ou poursuit des études a droit aux prestations quel que soit son âge; le programme d'aide aux laryngectomisés par le biais de deux établissements désignés.

Les programmes complémentaires dont peut bénéficier la population du Québec dans le cadre des programmes spéciaux du ministère de la Santé et des Services sociaux comprennent: le transport des personnes malades conformément à certains critères particuliers; certains médicaments spéciaux à prix réduit (2 \$ par médicament par période de 28 jours) pour les malades sur pied qui souffrent de cancer, troubles mentaux, de fibrose kystique, de tuberculose, d'hyperlipoprotéinémie primaire, de diabète insipide ou de maladie psychiatrique; les médicaments non inscrits sur la liste des médicaments et fournis aux patients d'exception atteints de maladies graves ou chroniques; des services ambulanciers gratuits pour les personnes de 65 ans et plus.

Prime mensuelle: aucune (i)

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: le séjour en salle, ainsi que les repas; les soins infirmiers nécessaires; la salle d'opération; les médicaments pharmaceutiques; les prothèses et orthèses; les produits biologiques; les services de radiothérapie et de physiothérapie.

Services de consultation externe: les services en clinique psychiatrique, les traitements par électrochoc, l'insulinothérapie et la thérapie de comportement. Les soins d'urgence, les soins en chirurgie mineure, la radiothérapie, les services diagnostiques, les services de physiothérapie, d'ergothérapie, d'audiologie, de la parole, d'inhalothérapie et les services d'orthoptique. Les services ou les examens auxquels doit se soumettre un résident en vue d'obtenir un emploi, ou auxquels il doit se soumettre en cours d'emploi ou encore qui sont requis par un employeur à la condition qu'un tel examen ou service soit exigé par une loi du Québec autre que la loi des décrets de la convention collective.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: In-patient: Approved standard ward rate of host province. Out-patient/Emergency Department: Insured services at inter-provincial effective rate for these services.

Outside Canada: The cost of hospital services provided outside Canada are reimbursed by the Régie de l'assurance-maladie du Québec only in emergencies or sudden illness. Up to \$700.00 is reimbursed in full and 50% of any amount in excess of that sum. Certain beneficiaries (students in recognized institutions, those receiving full-time training in a university or other specified institution, Quebec government employees, and those employed in an approved non-profit organization) residing temporarily outside Canada, are reimbursed 100% cost of emergency hospital and 75% of non-emergency hospital services. Exclusions: spas, nursing homes or other similar establishments.

Authorized charges: Effective January 1, 1984, the payments authorized are \$14.63 per day for chronic care in extended care hospitals or in extended care units in short-term care hospitals. Children under the age of 18 are exempt. Low income individuals may benefit from total or partial exemption depending on their family and financial situation. (Note: See Addendum re current charges.)

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: le tarif approuvé de la salle par la province d'accueil. Services de consultation externe et les services hospitaliers fournis en salle d'urgence: les services assurés, au taux interprovincial en vigueur pour ces services.

À l'étranger: la Régie de l'assurance-maladie du Québec rembourse les services hospitaliers reçus à l'étranger uniquement dans les cas d'urgence ou à la suite d'une maladie subite. La Régie paie le coût des services hospitaliers jusqu'à concurrence de 700 \$ plus 50% des frais excédant ce montant. Cependant, pour certains bénéficiaires (les étudiants, les fonctionnaires du gouvernement du Québec, etc.) qui résident temporairement à l'étranger, les services reçus dans un centre hospitalier à la suite d'une maladie subite ou d'une situation d'urgence sont remboursables à 100%, sur production d'une demande détaillée; dans les autres cas, les services sont remboursés à 75%. Sont exclus: les stations thermales, les maisons de repos ou autres refuges analogues.

Frais autorisés: depuis le 1er janvier 1984, les frais autorisés sont de 14,63 \$ par jour pour les malades chroniques hospitalisés dans les hôpitaux de soins prolongés ou dans des unités de soins prolongés d'hôpitaux de courte durée. Les enfants de moins de 18 ans sont exemptés. Les personnes à faible revenu peuvent jouir d'une exemption totale ou partielle, selon leur situation. (Remarque: voir l'annexe sur les tarifs en vigueur.)

ONTARIO

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Standard and additional benefits, except take home drugs, paid at Ontario rates.

Outside Canada: Emergency and elective care paid at Ontario rate. If satisfactory evidence is provided and approved in advance that treatment is not available in Ontario, paid at usual and customary fee where rendered.

Additional benefits (d): The Ontario Health Insurance Plan administers the following programs: chiropody; chiropractic; optometry (diagnostic); osteopathy; out-of-hospital physiotherapy (limited to approved facilities). (Note: Annual maximum dollar limits on chiropractic, chiropodist and osteopathic services.) The Ministry of Health administers the following programs: assistive devices program (pays up to 75% of the cost for persons 18 years and under); the Ontario Drug Benefit Plan which provides free drugs to persons 65 years and over and persons on family benefits or general welfare assistance. Ambulance service (land and air) when medically required subject to a co-payment charge of \$21.00 per trip (currently \$22.00). Home care program and nursing home benefits.

Premiums per month (f):

Single - \$28.35 (g). Family of two or more - \$56.70 (g). These rates were effective from September 1, 1983 to July 31, 1984. (Note: See Addendum re current charges.)

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward accommodation and meals; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations; use of operating room, obstetrical delivery room,

ONTARIO

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: services assurés, ordinaires et supplémentaires (sauf les médicaments pris à la maison) payés au tarif prévu par l'Ontario.

À l'étranger: les soins urgents ou facultatifs sont payés au tarif prévu par l'Ontario. Les services non offerts en Ontario sont payés au tarif régulier et habituel en vigueur là où ils sont dispensés pourvu que la preuve ait été faite qu'ils n'existent pas dans la province et qu'ils aient été approuvés à l'avance.

Services complémentaires assurés (d): le régime d'assurance-santé de l'Ontario administre les programmes suivants: la chiropodie, la chiropraxie, les services de diagnostic en optométrie; l'ostéopathie; les services de physiothérapie à l'extérieur de l'hôpital (seulement dans les établissements autorisés). (Remarque: les services de chiropodie, de chiropraxie et d'ostéopathie sont assurés jusqu'à concurrence d'un montant maximal annuel.) Le ministère de la Santé administre les programmes suivants: le programme d'aide pour l'achat d'appareils orthopédiques couvre environ 75% du coût pour les enfants de 18 ans ou moins; et le programme d'assurance-médicaments gratuits à l'intention des personnes du troisième âge, des bénéficiaires des programmes de l'aide sociale générale ou des prestations familiales. Les services ambulanciers (aériens et terrestres) nécessaires au point de vue médical, sous réserve d'un copaiement de 21 \$ par voyage (présentement 22 \$). Programme de soins à domicile et en maisons de repos.

Prime mensuelle (f):

Personne seule - 28,35 \$ (g). Famille de deux personnes ou plus - 56,70 \$ (g). Ces taux sont en vigueur pour la période s'étendant du 1er septembre 1983 au 31 juillet 1984. (Remarque: voir l'annexe sur les frais actuellement en vigueur.)

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: l'hébergement en salle et les repas; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie ou autres services diagnostiques; les médicaments, les produits

and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies.

biologiques et les préparations connexes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires.

Out-patient: Broad range of essential services, including laboratory, radiological, and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations; the use of diet counselling; use of operating room and anaesthetic facilities; surgical supplies; necessary nursing services. Where available from a hospital and prescribed by a physician, the use of radiotherapy, occupational therapy facilities, the provision of equipment, supplies and medications for use in the home by haemophiliac patients for emergency treatment or the prevention of haemorrhage, and home dialysis and home hyperalimentation equipment supplied through the hospital.

Services de consultation externe: un vaste éventail de services essentiels, y compris les services de laboratoire, de radiologie ou autres services diagnostiques; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; des services de consultation en matière d'alimentation; l'usage des salles d'opération et des salles d'accouchement; les fournitures chirurgicales; les services infirmiers nécessaires. L'usage des installations de radiothérapie, d'ergothérapie, l'équipement, le matériel et les médicaments employés à domicile par un hémophile pour le traitement d'urgence ou la prévention des hémorragies, et fournitures pour la dialyse à domicile et la suralimentation à domicile lorsqu'un hôpital peut les fournir et lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Full standard ward rate in other Canadian provinces less any co-insurance or capital charges made by province concerned. For generally accepted surgical procedures not available in Ontario, the patient must: a) be referred by an Ontario physician; and b) have prior Plan approval. The Plan will attempt to inform the patient of the amount he will pay for the surgery. Home renal dialysis when arranged through a hospital. Physiotherapy services provided through a hospital. For medically required ambulance services with supporting documentation, 75% of costs.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: plein tarif de la salle prévu par les autres provinces canadiennes moins les frais modérateurs ou les frais d'établissement de la province en cause. Dans le cas des interventions chirurgicales généralement admises mais non offertes en Ontario, le patient doit: a) être adressé par un médecin de l'Ontario; et b) obtenir au préalable l'autorisation du Régime. Le Régime tentera d'indiquer au patient la somme qu'il devra payer pour la chirurgie. Au Canada, la dialyse rénale à domicile, lorsque les dispositions sont prises par l'intermédiaire d'un hôpital. Les services de physiothérapie dispensés par l'intermédiaire d'un hôpital. Pour les services d'ambulance justifiés sur le plan médical, 75% des frais.

Outside Canada: For approved treatment deemed unavailable in Ontario, 100% of hospital charges for insured in-patient or out-patient with prior approval from Plan. Elective hospital care is paid at 75% of the standard ward charges for insured services. Renal dialysis in approved health facilities. Treatment of acute mental illness or mental illness where the General Manager is of the opinion that suitable facilities are not available in Ontario, 75% of calculated standard ward rate for 60 days, with approved extensions. For medically required ambulance services with supporting documentation, 75% of cost.

À l'étranger: pour un traitement approuvé et jugé indisponible en Ontario, 100% des frais d'hôpitaux aux malades hospitalisés ou aux malades externes avec l'approbation préalable de la Commission. Les soins d'hôpitaux non urgents sont payés à 75% du tarif de la salle pour les services assurés; dialyse rénale dans les établissements de santé autorisés. Le traitement d'une maladie mentale aigüe ou d'une maladie mentale pour laquelle, de l'avis du directeur général, des installations appropriées ne sont pas disponibles en Ontario, 75% du tarif de la salle calculé pour 60 jours, en plus des prolongations autorisées. Pour les services d'ambulance justifiés sur le plan médical, 75% des frais.

Authorized charges: Effective February 1, 1984, chronic care charge of \$15.86 per day (\$482.40 per month) after 60 days hospitalization with exemptions up to 360 days for rehabilitation of convalescent patients upon medical certification; also, partial or complete exemptions, if limited family income. (Note: Rate

Frais autorisés: à compter du 1er février 1984, pour les malades chroniques, des frais de 15,86 \$ par jour (482,40 \$ par mois) après 60 jours d'hospitalisation, avec exemptions d'une durée maximale de 360 jours pour la réadaptation des convalescents, sur présentation d'un certificat médical, et exemptions partielles ou

increases quarterly in line with Consumer Price Index. See Addendum for details and current charges.)

complètes suivant le revenu familial. (Remarque: le tarif augmente tous les trimestres conformément à l'Indice des prix à la consommation. Voir l'annexe pour obtenir plus de détails et connaître le tarif actuel.)

MANITOBA

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Standard benefits paid at Manitoba rates. (Effective July 1984: payment for insured medical services is at the rate which is approved by the health care insurance plan of the province where the services are provided.)

Outside Canada: Paid at Manitoba rate in cases of accident or sudden illness. Also applies during a three-month period following a permanent move, or temporary absence due to employment, or education (see note). Where not provided for above reasons, may reimburse up to amount otherwise payable. For services not available in Canada, paid at Manitoba rate or fair and reasonable amount. (Note: may pay greater amounts that are fair and reasonable based on financial circumstances of insured person.)

Additional benefits (d): Artificial eyes program; breast prostheses and surgical brasieres following mastectomy (dollar limits); certain chiropractic services (dollar limits); contact lens following congenital cataract surgery; eyeglasses program provides assistance in the purchase of eyeglasses and where medically required, contact lenses, for persons 65 years of age and over; certain optometric services; prescription drugs partially covered (Note: See Addendum re current changes); prosthetic devices and certain limb and spinal orthotic devices and services when prescribed by a doctor; assistance in the purchase of telecommunication devices for the profoundly deaf; northern patient transportation program provides for the cost of transportation to obtain medical or hospital health care services.

Children's programs for those under 18 years: cleft lip/cleft palate treatment and rehabilitation program; hearing aids and

MANITOBA

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: services assurés payés au tarif prévu par le Manitoba. (À compter de juillet 1984 le paiement des services médicaux assurés est au tarif approuvé par le régime d'assurance-santé de la province dans lequel les services sont fournis.)

À l'étranger: payés au tarif prévu par le Manitoba s'ils sont nécessaires en raison d'un accident ou d'une maladie soudaine. Cette ligne directrice s'applique également pendant les trois mois qui suivent un départ permanent ou au cours d'une absence temporaire pour raison de travail ou d'études (voir la remarque). Pour toute autre raison, les soins peuvent être remboursés jusqu'à concurrence du montant qui serait payé dans la province. Pour les services non offerts au Canada, payés au tarif en vigueur au Manitoba ou selon un tarif juste et raisonnable. (Remarque: les montants payés peuvent être supérieurs aux montants considérés comme justes et raisonnables si la situation financière de l'assuré l'exige.)

Services complémentaires assurés (d): les yeux artificiels; les prothèses mammaires et soutiens-gorge spéciaux après la mastectomie (limite de dollars); certains services de chiropraxie (limite de dollars); les lentilles cornéennes requises après une intervention chirurgicale pour une cataracte congénitale; programme de lunettes pourvoit l'aide financière pour l'achat de lunettes et, lorsque c'est justifié sur le plan médical, de lentilles cornéennes, pour les personnes de 65 ans et plus; certains services d'optométrie; les médicaments prescrits sont couverts en partie (Remarque: voir l'annexe sur les changements en vigueur); les prothèses et certains appareils et services orthopédiques pour les membres et la colonne vertébrale, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin; aide pour l'achat d'appareils de télécommunication pour les personnes atteintes de surdité profonde; le programme de transport à l'intention des malades qui résident dans le nord de la province, prend en charge les frais de transport pour recevoir des soins médicaux ou des soins en milieu hospitalier en raison de problèmes de santé.

Programmes pour les enfants de moins de 18 ans: programme de traitement et de réadaptation en cas de fissure palatine ou labiale; programme

orthopedic shoes; dental program for children aged 6 to 14, living in certain designated areas.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward accommodation and meals; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals, and related preparations; use of operating room, case room and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies; routine surgical supplies; and use of radiotherapy, physiotherapy, occupational therapy and speech therapy facilities, where available.

Out-patient: Laboratory, radiological and other diagnostic procedures; use of operating room and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies; use of an emergency or examination room; necessary nursing services; routine medical and surgical supplies; drugs, biologicals and related preparations; physiotherapy, occupational therapy and speech therapy are covered when provided in hospitals designated by the Commission.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: In-patient: Rate approved by provincial plan of host province in accordance with the inter-provincial agreement. Out-patient: Provided in accordance with the inter-provincial agreement.

Outside Canada: In-patient: The greater of 75% of hospital charges for insured services, or a per diem allowance approved by the Commission if: 1) emergency; 2) adequate care not available in Manitoba; 3) during three months following permanent move; 4) temporary employment or education. The lesser of 75% of hospital charges or a per diem allowance for elective cases. (Effective July 1, 1984, payment for hospital services for elective cases is subject to approval by Commission.) Out-patient: Covered up to \$37.00 (currently \$43.00) per visit or 75%, whichever is greater, but no more than the hospital charges.

d'aide aux handicapés auditifs et chaussures orthopédiques; programme de soins dentaires à l'intention des enfants âgés de 6 à 14 ans, vivant dans certaines régions désignées.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: l'hébergement en salle et les repas; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie ou autres services diagnostiques; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des installations de radiothérapie, de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie là où elles existent.

Services de consultation externe: les services de laboratoire, de radiologie ou autres services diagnostiques; l'usage des salles d'opération et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; l'usage des salles d'urgence et des salles d'examen; les services infirmiers nécessaires; les fournitures médicales et chirurgicales courantes; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes. La physiothérapie, l'ergothérapie, et l'orthophonie sont couverts quand ils sont offerts dans un hôpital désigné par la Commission.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: tarif approuvé par le régime de la province d'accueil conformément à l'accord conclu entre les provinces. Services de consultation externe: dispensés conformément à l'accord conclu entre les provinces.

A l'étranger: services dispensés aux malades hospitalisés: la plus élevée de ces sommes: 75% des frais pour les prestations des services hospitaliers pour des services assurés ou une allocation quotidienne approuvée par la Commission dans les cas: 1) d'urgence, 2) où les soins requis ne sont pas disponibles au Manitoba, 3) où les soins sont dispensés dans les trois mois suivant le départ permanent, 4) d'une absence temporaire pour raison de travail ou d'études. La moins élevée de ces deux sommes: 75% des frais ou une allocation quotidienne pour les cas d'hospitalisation facultatifs (Depuis le 1er juillet 1984, le paiement pour les services hospitaliers facultatifs est sujet à l'approbation de la Commission.) Services de consultation externe: payés jusqu'à concurrence de 37 \$ (présentement 43 \$) par visite, ou de 75% de la facture, le plus élevé des deux montants étant retenu, mais pas plus que les frais d'hôpitaux.

Authorized charges: None for hospital care within scope of Hospital Insurance Program. Daily charges for those awaiting placement in personal care homes increased to \$12.35 February 1, 1983; \$12.55 May 1, 1983; \$12.70 August 1, 1983; \$12.85 November 1, 1983; and \$13.00 February 1, 1984. (Note: See Addendum re current charges.)

Frais autorisés: aucun frais pour les soins hospitaliers couverts par le Régime d'assurance-hospitalisation. Les frais quotidiens pour les personnes qui attendent d'être placées dans des foyers de soins personnalisés ont été portés à 12,35 \$ le 1er février 1983; à 12,55 \$ le 1er mai 1983; à 12,70 \$ le 1er août 1983; à 12,85 \$ le 1er novembre 1983; et à 13,00 \$ le 1er février 1984. (Remarque: voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

SASKATCHEWAN

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Services not available in Saskatchewan paid at the rate approved by the provincial plan where the services are obtained. Services available in Saskatchewan paid at Saskatchewan rate.

Outside Canada: Services available in Canada, but obtained outside Canada are paid at the prevailing Saskatchewan rate for a similar service. Services not available in Canada are paid at a fair and reasonable fee charged where the service is obtained.

Additional benefits (d): Cleft palate referred services by a dentist; chiropractic; optometry (limited to one eye examination to determine refractive error in any 12-month period); oral surgery by a dentist.

With certain exceptions, Saskatchewan residents holding valid health services cards are eligible for the benefits of other plans administered by the provincial Department of Health. These include: aids to independent living (medical equipment and supplies provided on free-loan basis to handicapped residents, drugs supplied for certain diseases, e.g. cystic fibrosis, telephone equipment supplied to special needs residents, partial payment of ostomy supplies); dental plan for children born 1967-1978 inclusive; subsidized hearing aid plan; prescription drug plan; chiropody program; subsidized air ambulance service, administered by the Department of Health, transports patients in medical emergencies from small towns to urban centres. Private practice physiotherapy and osteopathy (facilities under contract with Minister of Health).

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Public ward accommodation; all necessary hospital and nursing services; laboratory, radiological and diagnostic procedures; approved drugs administered in hospital; use of

SASKATCHEWAN

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: les services non offerts en Saskatchewan sont payés au tarif du régime provincial là où les services ont été obtenus. Les services offerts en Saskatchewan sont payés au tarif prévu par cette province.

A l'étranger: les services disponibles au Canada, mais obtenus à l'étranger, sont payés au tarif prévu par la Saskatchewan pour un service semblable. Les services non offerts au Canada, sont payés à un tarif juste et raisonnable, là où ils ont été fournis.

Services complémentaires assurés (d): soins dentaires pour les personnes porteuses d'une fissure palatine lorsque le cas est adressé par un dentiste; chiropraxie; optométrie (limité à un examen de la vue par période de 12 mois, visant à déterminer les vices de réfractions); services de chirurgie buccale dispensés par un dentiste.

Sauf certaines exceptions, les résidents de la Saskatchewan possédant des cartes de santé valides sont admissibles aux services d'autres régimes administrés par le ministère provincial de la Santé. Ces services comprennent des aides visant à promouvoir l'autonomie (fournitures et équipement médicaux prêtés gratuitement aux résidents handicapés, médicaments fournis pour certaines maladies, par exemple la fibrose kystique, matériel téléphonique fourni aux résidents présentant des besoins spéciaux, paiement partiel des fournitures pour stomisés); régime de soins dentaires pour enfants nés entre 1967 et 1978 inclusivement; régime de subventions pour prothèses auditives; régime de médicaments prescrits; chiropodie; un service d'ambulance aérienne subventionné, administré par le ministère de la Santé, transporte les malades des petites localités vers les centres urbains dans les cas d'urgence médicale. Services de physiothérapie et d'ostéopathie en cabinet privé dans les établissements ayant signé un contrat avec le ministère de la Santé.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: l'hébergement en salle commune; tous les services hospitaliers et infirmiers nécessaires; les actes de laboratoire, de radiologie et

operating room, case room, anaesthetic, radiotherapy and physiotherapy facilities; and treatment of tubercular patients.

Out-patient: Services medically required including x-ray and laboratory procedures, physiotherapy and occupational therapy services.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: In-patient: Standard ward rate less co-insurance charge where applicable. Out-patient: Total amount charged.

Outside Canada: In-patient: Standard ward, less exchange on U.S. currency, up to a rate equal to the average daily rate for the Regina and Saskatoon hospitals in the preceding fiscal year. Referral with approval for treatment unavailable in Canada: All fair and reasonable hospital charges including exchange on U.S. currency for insured hospital services received. Out-patient: Total amount charged, less exchange on U.S. currency, provided services are a benefit in Saskatchewan.

Authorized charges: None for hospital care within scope of Hospital Insurance Program. However, since July 1981, long-term care services are no longer an insured benefit under the plan and require a patient to pay a monthly charge. As of February 1, 1984, this monthly charge is \$453.00. (Note: See Addendum re current charges.)

autres actes de diagnostic; les produits pharmaceutiques approuvés et administrés à l'hôpital; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, de radiothérapie et de physiothérapie; et le traitement aux malades tuberculeux.

Services de consultation externe: tous les services requis du point de vue médical comprennent les actes de radiologie et de laboratoire et les services de physiothérapie et d'ergothérapie.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: le tarif de la salle, moins les frais modérateurs le cas échéant. Services de consultation externe: la totalité des frais facturés.

À l'étranger: services dispensés aux malades hospitalisés: salle, moins le taux de change du dollar américain, jusqu'au tarif égal à la moyenne du tarif quotidien pour les hôpitaux de Regina et de Saskatoon au cours de l'année financière précédente. Les patients dirigés ailleurs avec approbation pour des traitements non offerts au Canada: tous les frais raisonnables, incluant le taux de change du dollar américain pour les services hospitaliers assurés obtenus. Services de consultation externe: la totalité des frais, moins le taux de change du dollar américain, à la condition que les services en question soient assurés en Saskatchewan.

Frais autorisés: aucun frais pour les soins hospitaliers couverts par le Régime d'assurance-hospitalisation. Toutefois depuis le 1^{er} juillet 1981, les services de soins prolongés ne sont plus assurés en vertu du régime. Les patients doivent payer 453 \$ par mois à compter du 1^{er} février 1984. (Remarque: voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

ALBERTA**Medical Care Insurance**

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals (j).

Out-of-province benefits (c): Standard benefits within and outside country paid up to Alberta rate.

Additional benefits (d): Through the Alberta Health Care Insurance Plan: chiropractic services; dental services rendered by dental surgeons as specified in regulations; optometric services; physiotherapy services; podiatric services. Benefit ceilings on chiropractic, optometric, physiotherapy and podiatric services. An optional health services contract is available through the Alberta Health Care Insurance Plan which provides Alberta Blue Cross non-group membership at reduced rates to residents who are unable to obtain group Blue Cross coverage through an employer. Residents aged 65 or older, widows/ widowers aged 55 to 64 who are in receipt of the Alberta Widows Pension which is administered by the Department of Social Services and Community Health, and their dependants are in receipt of premium-free non-group Blue Cross and are eligible for the Extended Health Benefits program that provides a substantial portion of the cost of eyeglasses and a major portion of the cost of dentures and dental care. The Department of Social Services and Community Health administers numerous programs including: aids to daily living, available free to handicapped or chronically ill residents (benefits include hearing aids, ostomy supplies, wheelchairs, etc.); a cystic fibrosis program and the extended health benefits program which assumes the cost of hearing aids and medical and surgical equipment, supplies and appliances for those 65 and over, their spouses and dependants. Air ambulance program provides air transportation for seriously ill patients to major acute care facilities.

Premium per month (f):

Single - \$14.00 (h). Family of two or more - \$28.00 (h).

ALBERTA**Régime de soins médicaux**

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste (j).

Services assurés hors de la province (c): services assurés ordinaires au Canada et à l'extérieur payés jusqu'à concurrence du tarif prévu par l'Alberta.

Services complémentaires assurés (d): en vertu du Régime d'assurance-maladie de l'Alberta: la chiropraxie; les soins dentaires dispensés par des chirurgiens-dentistes conformément aux règlements; l'optométrie; services de physiothérapie; services de podiatrie. Un maximum a été fixé pour les services de chiropraxie, d'optométrie, de physiothérapie et de podiatrie assurés. Une assurance facultative est offerte par le Régime qui permet aux résidents qui ne font partie d'aucun groupe de devenir membres individuels de la Croix-Bleue de l'Alberta à des taux réduits par l'entremise d'un employeur. Les résidents de 65 ans et plus ainsi que les veufs/veuves de 55 à 64 ans recevant la pension des veufs de l'Alberta (Alberta Widows Pension), administré par le ministère des Services sociaux et de la Santé communautaire, et les personnes à leur charge reçoivent les primes gratuites du régime pour membres individuels de la Croix-Bleue de l'Alberta. Ces personnes sont admissibles au programme de services complémentaires de santé qui assure une importante partie du coût des lunettes et la plus grande partie du coût des dentiers et des soins dentaires. Le ministère des Services sociaux et de la Santé communautaire administre de nombreux programmes dont: la fourniture gratuite d'aides fonctionnelles pour les activités de la vie quotidienne aux personnes handicapées ou aux malades chroniques résidant dans la province (parmi les services assurés, on retrouve les prothèses auditives, les fournitures pour stomisés, les fauteuils roulants, etc.); un programme de fibrose kystique et le programme de services complémentaires de santé assurés qui couvre le coût des prothèses auditives, du matériel, des fournitures et appareils médicaux et chirurgicaux pour les personnes de 65 ans et plus, leur conjoint et les personnes à leur charge. Le programme d'ambulance aérienne offre des services de transport aérien à des centres majeurs de soins aigus pour les patients gravement malades.

Prime mensuelle (f):

Personne seule - 14,00 \$ (h). Famille de deux personnes ou plus - 28,00 \$ (h).

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward accommodation; necessary nursing services; laboratory, x-rays and other procedures; drugs administered in hospital; use of operating room and case room, and anaesthetic facilities; routine surgical supplies; use of radiotherapy and physiotherapy services; and semi-private or private accommodation if medically required.

Out-patient: Diagnostic laboratory and radiological procedures; emergency and clinical services; physiotherapy, occupational and speech therapy (including physiotherapy in certain approved clinical facilities); and psychiatric therapy.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: In-patient: Paid at standard ward rate approved by the plan in the province where the service is rendered. Out-patient: Paid at standard inter-provincial rates.

Outside Canada: In-patient: For emergency and elective care - paid to a maximum of \$150 per day less authorized charges. Out-patient: For emergency and elective care - amount below \$50 paid in full, \$50 and more paid at lesser of amount charged or amount that would have been charged in Alberta. For both in-patient and out-patient circumstances, where the service is not available in Alberta, but the physician has referred the registrant out, or in emergency situations where the expenses are in excess of amounts covered, the registrant may apply for emergency financial assistance. (Note: See Addendum re current charges.)

Authorized charges (applies only to Alberta hospitals): Effective September 1983, patients are required to pay a \$10.00 admission charge to active treatment hospitals. Excluded are: newborns, inter-hospital transfers, re-admission within 30 days, hospitalization approved by a cancer clinic, polio patients, multiple handicapped children's units, residents aged 65 or over, their spouse and dependants, recipients of social assistance from Department of Social Services and Community Health and out-of-province cases.

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: l'hébergement en salle; les services infirmiers nécessaires; les actes de laboratoire, de radiologie et autres actes; les médicaments administrés à l'hôpital; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie; et l'hébergement en chambre semi-privee ou privée lorsque cela est justifié pour des raisons médicales.

Services de consultation externe: les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques; les services d'urgence et cliniques; la physiothérapie, l'ergothérapie et l'orthophonie (y compris la physiothérapie dans certains établissements cliniques approuvés), et la thérapie psychiatrique.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: le paiement au tarif de la salle approuvé par le régime de la province où les services sont fournis. Services de consultation externe: payés aux taux interprovinciaux normalisés.

À l'étranger: services dispensés aux malades hospitalisés: les soins urgents ou facultatifs - le régime paie les frais jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour, moins les frais autorisés. Services de consultation externe: les soins urgents ou facultatifs - les montants inférieurs à 50 \$ sont payés en entier. Dans le cas de montants de 50 \$ et plus, la moins élevée des deux sommes suivantes: le coût des services fournis ou la somme versée pour les mêmes services en Alberta. Quand les services ne sont pas offerts dans la province et que le médecin a dirigé l'assuré à l'étranger, ou en cas d'urgence où les dépenses sont excessivement plus hautes que le montant assuré, une aide peut être octroyée en cas de difficulté financière pour les malades hospitalisés et les malades externes. (Remarque: voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

Frais autorisés (pour les hôpitaux de l'Alberta seulement): depuis septembre 1983, les malades doivent débourser 10 \$ pour être admis dans un hôpital de soins de courte durée. Sont exclus les nouveau-nés, les malades transférés d'un hôpital à l'autre, les malades réadmis dans les 30 jours qui suivent le congé de l'hôpital, les malades dont l'admission est approuvée par une clinique du cancer, les malades atteints de poliomyélite, les enfants admis dans des unités pour handicaps multiples, les résidents de 65 ans et plus, leur conjoint et les personnes à leur charge, les bénéficiaires d'aide sociale du ministère des Services sociaux et de la Santé communautaire et les cas hors de la province.

Auxiliary hospitals: \$8.00 per day after 120 days for accommodation for chronic care. (Note: See Addendum re current charges.) Where a patient requests private accommodation, \$4.50 per day is charged from the first day of admission.

Emergency Financial Assistance Program: For hospital and medical care services not available in province or provided in an emergency, assistance exists for cases of financial hardship.

Les hôpitaux auxiliaires: 8 \$ par jour après 120 jours d'hébergement pour des soins chroniques. (Remarque: voir l'annexe sur les frais en vigueur.) Lorsqu'un malade demande une chambre privée il doit payer 4,50 \$ par jour à compter du premier jour d'admission.

Programme d'aide financière d'urgence: pour les services hospitaliers et les soins médicaux non offerts dans la province ou fournis en cas d'urgence, une aide peut être octroyée en cas de difficulté financière.

BRITISH COLUMBIA

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals (j).

Out-of-province benefits (c):

Standard benefits, in emergency or with prior approval, paid up to B.C. rates.

Additional benefits (d): Chiropractic, naturopathy, orthoptic, physiotherapy, massage practitioners and podiatric services partially covered; orthodontic services for cleft lip and/or cleft palate covered (age limit); approved optometric services; extended role services of a registered nurse where:

- a) an arrangement for the rendering and for the payment of these services is approved by the Commission; and
- b) these services are rendered in an area of the province where a medical practitioner is not normally available.

Other provincial programs: Subsidized ambulance services; Pharmacare program, under the jurisdiction of the Ministry of Human Resources, covers in full or in part the costs incurred for prescription drugs and other designated benefits. Further details may be obtained by writing Pharmacare, Bag Service 3003, Victoria, British Columbia, V8W 3L4.

Premium per month (f):

Single - \$16.00. Two persons - \$30.00. Family of three or more persons - \$34.00. (Rates effective January 1, 1984). (Note: Premium rates are subject to change within each fiscal year. See Addendum re current rates.)

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward accommodation including meals and necessary nursing services; laboratory and x-ray services; clinically approved drugs, biologicals and medical supplies (with certain exceptions); use of operating room, case room, and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies;

COLombie-BRITANNIQUE

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste (j).

Services assurés hors de la province (c):

Services assurés ordinaires, en cas d'urgence ou avec autorisation préalable, payés jusqu'à concurrence du tarif prévu par la Colombie-Britannique.

Services complémentaires assurés (d): services de chiropraxie, de naturopathie, d'orthoptique, de physiothérapie, de massothérapie et de podiatrie sont partiellement couverts; les services d'orthodontie pour les personnes porteuses d'un bec-de-lièvre ou d'une fissure palatine sont couverts (limite d'âge); services d'optométrie approuvés; en outre les services d'un(e) infirmier(ère) diplômé(e) au rôle élargi lorsque:

- a) la Commission approuve une entente conclue pour assurer la prestation et le remboursement de ces services; et
- b) ces services sont dispensés dans une région de la province où un médecin n'est pas normalement disponible.

Autres programmes provinciaux: service subventionné d'ambulance; le régime de médicaments prescrits (Pharmacare), sous la compétence du ministère des Ressources humaines, couvre partiellement ou en totalité le coût des médicaments sur ordonnance et autres services pharmaceutiques. Pour de plus amples renseignements, écrivez à: Pharmacare, Sac de service 3003, Victoria, Colombie-Britannique, V8W 3L4.

Prime mensuelle (f):

Personne seule - 16 \$. Deux personnes - 30 \$. Famille de trois personnes ou plus - 34 \$. (À compter du 1^{er} janvier 1984). (Remarque: le tarif des primes peut changer à l'intérieur d'une année financière. Voir l'annexe sur les tarifs en vigueur.)

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: l'hébergement en salle y compris les repas et les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire et de radiographie; les médicaments cliniquement approuvés; les produits biologiques et les fournitures médicales (avec certaines exceptions); l'usage des salles

routine surgical supplies; use of radiotherapy and physiotherapy facilities where available.

Out-patient: Emergency services, minor surgical procedures, day care surgical services, out-patient cancer therapy, psychiatric day care and night care services, day care rehabilitation services, narcotic addiction services, physiotherapy services, diabetic day care, and specified out-patient psychiatric services (in designated hospitals), dietetic counselling services; cytology services operated by the Cancer Control Agency of British Columbia and renal dialysis treatments for chronic renal failure (in designated hospitals or approved facilities); arthritis therapy for persons suffering from rheumatism and arthritis and psoriasis day care services at Shaughnessy Hospital, Vancouver, and Victoria General Hospital.

Out-of-province benefits (f):

Within Canada: In-patient: During a temporary period of absence that ends at midnight on the last day of the 12th month following the month of departure from province - maximum stay of 12 months unless otherwise approved, with a charge of \$8.50 per day payable by the patient. Referral, if approved by Deputy Minister. Out-patient: Emergency services and minor surgery with a \$10.00 charge payable by the patient.

Day care surgical services with an \$8.00 charge payable by the patient and out-patient dialysis treatment with no charge to the patient. Computerized axial tomography also covered.

Outside Canada: In-patient: 1) emergency care - paid to a maximum of \$75.00 per day for adults and children, \$36.00 per day for newborns; 2) elective care - with written approval, not greater than per diem for equivalent facility in British Columbia less authorized charges; 3) services not available - with written approval, usual and customary charge of the hospital less authorized charges. Out-patient: 1) emergency - no coverage; 2) elective care - no coverage except out-patient dialysis treatment, limited to lesser of actual charge or set fee of \$230.00; 3) services not available - no coverage.

d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie là où elles existent.

Services de consultation externe: les soins d'urgence, les soins en chirurgie mineure, les soins en chirurgie de jour, le traitement des cancéreux non hospitalisés, les soins psychiatriques de jour et de nuit, les services de réadaptation de jour, le traitement de la toxicomanie, les services de physiothérapie, le traitement de jour pour les diabétiques et certains services de psychiatrie en clinique de consultation externe (dans les hôpitaux désignés), les services de consultation diététique, les services de cytologie offerts par la B.C. Cancer Control Agency et les services de dialyse rénale (dans les hôpitaux désignés et dans les établissements autorisés); thérapie pour les personnes souffrant de rhumatisme et de l'arthrite et les soins de jour pour les personnes souffrant de psoriasis à l'hôpital Shaughnessy de Vancouver, et le Victoria General Hospital.

Sérvices assurés hors de la province (f):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: les services reçus au cours d'une absence temporaire se terminant à minuit le dernier jour du 12^e mois suivant le mois du départ de la province - une absence maximale de 12 mois, sauf disposition contraire, pour lesquels des frais journaliers de 8,50 \$ sont payables par le patient. Les services reçus par un malade dirigé ailleurs pour des traitements avec l'approbation du sous-ministre. Services de consultation externe: services d'urgence et de chirurgie mineure pour lesquels des frais de 10 \$ sont payables par le patient.

Services de soins en chirurgie de jour pour lesquels des frais de 8 \$ sont payables par le patient et traitement de dialyse destiné aux malades externes sans frais imputables au patient. Scanographie.

À l'étranger: services dispensés aux malades hospitalisés: 1) soins d'urgence - un montant n'excédant pas 75 \$ par jour pour les adultes et les enfants et 36 \$ par jour pour les nouveau-nés; 2) soins facultatifs - avec le consentement écrit, une somme ne dépassant pas le prix de journée dans les établissements équivalents de la Colombie-Britannique, moins les frais autorisés; 3) services non offerts, avec le consentement écrit, les frais habituellement exigés par l'hôpital, moins les frais autorisés. Services de consultation externe: 1) soins d'urgence - non assurés; 2) soins facultatifs - non assurés sauf les traitements de dialyse pour malades externes pour lesquels le Régime paie la moins élevée des deux sommes suivantes: le coût réel ou un montant fixe de 230 \$; 3) services non offerts - non assurés.

Authorized charges: Effective September 1, 1983 charges increased to:

- a) \$8.50 per day for acute and rehabilitative care in hospitals, excluding newborns, organ donors and persons admitted involuntarily to psychiatric units;
- b) \$12.75 per day for adults in extended care hospitals, excluding persons under 19 years;
- c) \$10.00 for each emergency (a \$25.00 charge is levied for non-emergency use of emergency departments in specific cases) or minor surgical out-patient treatment;
- d) \$8.00 for day care surgical services.

(Note: See Addendum re current charges.)

Frais autorisés: à compter du 1^{er} septembre 1983, les frais ont été portés à:

- a) 8,50 \$ par jour pour les soins dispensés aux malades aigus et les traitements de réadaptation dans les hôpitaux, sauf pour les nouveau-nés, les donneurs d'organes et les personnes admises involontairement aux unités psychiatriques;
- b) 12,75 \$ par jour pour les adultes dans les hôpitaux de soins prolongés, sauf pour les personnes âgées de 19 ans ou moins;
- c) 10,00 \$ pour tout service d'urgence (dans des cas particuliers des frais de 25 \$ sont imposés pour l'usage des salles d'urgence non requise) ou les soins en chirurgie mineure en clinique de consultation externe;
- d) 8,00 \$ par jour pour les soins en chirurgie de jour.

(Remarque: voir l'annexe sur les tarifs en vigueur.)

NORTHWEST TERRITORIES

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Standard benefits paid at approved rate of host province.

Outside Canada: Standard benefits paid up to Northwest Territories rate.

Additional benefits (d): Extended medical benefits program covers costs related to investigation, treatment, drugs, air and ground transportation, necessary escort services, and stipends for accommodation and meals, for patients of specified diseases when referred by a medical practitioner to the nearest treatment centre. Diseases covered are: cancer, tuberculosis, mental illness or chronic psychosis, cystic fibrosis, cleft lip or palate, spina bifida, diabetes mellitus, congenital anomalies and chronic diseases of the urinary system, and venereal disease (Note: coverage for venereal disease does not include travel, accommodation or meals); medical transportation program assists residents with the cost of transportation necessary to provide access to required medical or hospital care; Pharmacare program covers the cost of approved prescribed drugs for residents 65 years of age and older, individuals of treaty Indian and Inuit status, and persons with specified chronic diseases.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward accommodation; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures including their interpretation; drugs, biologicals and related preparations; use of operating room, case room and anaesthetic facilities including necessary equipment and supplies; routine surgical supplies; use of radiotherapy and physiotherapy facilities where available.

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: services assurés ordinaires payés au tarif prévu par la province d'accueil.

À l'étranger: services ordinaires assurés payés au tarif prévu par les Territoires du Nord-Ouest.

Services complémentaires assurés (d): le programme de prestations élargies d'assurance-maladie couvre les coûts liés aux examens, au traitement, aux médicaments, au transport aérien et terrestre, les coûts des services d'escorte, les allocations de repas et de logement, offerts aux malades atteints de certaines maladies particulières lorsqu'ils ont été adressés par un médecin au centre de traitement le plus proche. Maladies couvertes: cancer, tuberculose, troubles mentaux ou psychose chronique, fibrose kystique, bec-de-lièvre ou fissure palatine, spina-bifida, diabète sucré, anomalies congénitales et maladies chroniques de l'appareil urinaire, et maladies vénériennes (Remarque: les services assurés dans le cas des maladies vénériennes ne comprennent pas les frais de déplacement, de logement ou les repas). Le programme de déplacement des personnes qui ont besoin de soins médicaux vise à aider les résidents à payer leurs frais de transport lorsqu'ils doivent se déplacer pour obtenir les soins médicaux ou hospitaliers dont ils ont besoin. Le Régime de médicaments prescrits (Pharmacare) pour les personnes de 65 ans et plus, les Inuit et les Indiens de plein droit, ainsi que les personnes atteintes de certaines maladies chroniques particulières.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: l'hébergement en salle; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie ou autres services diagnostiques, ainsi que leurs interprétations; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie là où elles existent.

Out-patient: Emergency and follow-up treatment of injuries; medically necessary diagnostic radiological examinations with necessary interpretations; laboratory examinations; minor surgical procedures; physiotherapy and radiotherapy where available; certain day care surgical procedures; psychiatric and psychology services provided under an approved hospital program.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: In-patient: Standard ward rate approved for hospital at host province rate. Out-patient: Same benefits as in Northwest Territories. The amount of coverage is in accordance with the inter-provincial agreement.

Outside Canada: Paid up to the rates set for the Northwest Territories.

Authorized charges: In July, 1983, authorized charges for chronic extended care at \$19.00/day for persons 16 years and over, and \$12.00/day for persons under 16 years. Exemption: Board's assessment of cases of "economic hardship". (Note: See Addendum re current charges.)

Services de consultation externe: les traitements d'urgence des blessures et leurs traitements subséquents; les examens radiologiques requis par nécessité médicale et les analyses nécessaires au diagnostic; les examens de laboratoire; les soins en chirurgie mineure; la physiothérapie et la radiothérapie quand elles sont disponibles; certains soins en chirurgie de jour; services de psychiatrie et de psychologie dispensés dans le cadre d'un programme hospitalier approuvé.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: tarif de la salle approuvé pour l'hôpital au tarif de la province d'accueil. Services de consultation externe: les mêmes services assurés que ceux offerts dans les Territoires du Nord-Ouest. Le montant assuré est conforme à l'entente interprovinciale.

À l'étranger: payés jusqu'à concurrence des tarifs en vigueur dans les Territoires du Nord-Ouest.

Frais autorisés: à compter du 1er juillet 1983, les frais autorisés pour les soins chroniques prolongés ont été portés à 19 \$ par jour pour les personnes âgées de 16 ans et plus et à 12 \$ par jour pour les personnes de moins de 16 ans. Exemption: évaluation du Conseil sur les cas "d'épreuve économique". (Remarque: voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

YUKON TERRITORY

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Coverage not exceeding the prescribed rates of the host province for insured services rendered.

Outside Canada: Plan will pay up to the maximum fee paid for the same services in the Yukon.

Additional benefits (d): Cancer program pays full cost of travel plus living expenses allowance while away from home for treatment, as well as prostheses, appliances and medical surgical supplies; dental program for school children up to grade 8 (basic restorative and preventive services); drug program for specific chronic diseases (e.g. cystic fibrosis); extended health care benefits program for registered residents, 65 and over, and their spouses 60 and over, covers: medical surgical supplies (e.g. ostomy supplies); artificial limbs; hearing aids; medical equipment (e.g. wheelchairs); dental care (restorations, dentures and preventive services within limits); optometric services (refractions, frames within limits); home nursing services (limits); medical travel costs covered to nearest centre upon referral; Pharmacare plan covers drugs for those 65 and over and their spouses 60 and over (diabetic supplies including syringes and testing materials also covered); speech pathology program (diagnostic and remedial), for pre-school and school age children as well as certain adults; audiological audiometric and impedance screening.

Premium per month (f):

Single - \$19.00. Family of two or more - \$26.50. (Note: See Addendum re current charges.) Coverage depends on residency status rather than on payment of premiums. Persons 65 years of age or more, their spouses and dependants are premium-exempt.

TERRITOIRE DU YUKON

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: les services assurés fournis sont payés jusqu'à concurrence du tarif prescrit de la province d'accueil.

A l'étranger: les services assurés sont payés jusqu'à concurrence du tarif qui aurait été payé pour de tels services au Yukon.

Services complémentaires assurés (d): le programme d'aide aux cancéreux couvre le total des frais de déplacement et prévoit une allocation de subsistance pour tout séjour fait à l'extérieur pour recevoir des traitements, de même que les prothèses, les appareils et fournitures médicales et chirurgicales; programme de soins dentaires pour les élèves jusqu'à la huitième année (service de prévention et de restauration de base); coût des médicaments nécessaires au traitement de maladies chroniques précises (par exemple la fibrose kystique); le programme de soins complémentaires de santé assurés pour les résidents inscrits de 65 ans et plus et leur conjoint de 60 ans et plus couvre: les fournitures médicales et chirurgicales (par exemple les fournitures pour stomisés); les membres artificiels; les prothèses auditives; le matériel médical (par exemple fauteuil roulant); les soins dentaires (certains services de restauration, de prothèses et de prévention sous réserve de certaines restrictions); les services d'optométrie (réfraction, montures sous réserve de certaines restrictions); les services de soins infirmiers à domicile (limités); frais de déplacement en vue de recevoir un traitement médical au centre le plus proche sur recommandation d'un médecin; le Régime d'assurance-médicaments (Pharmacare) couvre les médicaments prescrits aux personnes de 65 ans et plus et leur conjoint de 60 ans et plus (fournitures pour les diabétiques y compris les seringues et le matériel pour les tests); programme d'orthophonie de la parole (diagnostic et rééducation), pour les enfants d'âge préscolaire et scolaire de même que pour certains adultes; dépistage audiométrique, audiométrie et impédance.

Prime mensuelle (f):

Personne seule - 19 \$. Famille de deux personnes ou plus 26,50 \$. (Remarque: voir l'annexe sur les tarifs en vigueur.) La garantie dépend de la résidence et non de l'acquittement des primes. Les personnes de 65 ans et plus, leur conjoint et les personnes à leur charge, sont exemptées des primes.

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward accommodation; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures together with the necessary interpretations; drugs, biologicals and related preparations when administered in hospital; use of operating room, case room and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies; routine surgical supplies; use of radiotherapy and physiotherapy facilities where available.

Out-patient: Same benefits as the above, together with the necessary interpretations for the diagnosis and treatment of an injury, illness or disability excluding simple procedures which ordinarily form part of a physician's routine office examination; day care surgical services;

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: In-patient: Paid at the host province hospital's per diem rate. Out-patient: Paid at a standard inter-provincial rate.

Outside Canada: Up to the maximum fee paid for the same services in the Territory.

Authorized charges: none

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés; l'hébergement en salle; les services infirmiers nécessaires; les tests de laboratoire, les examens et les autres services de diagnostic, ainsi que les analyses nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes lorsqu'ils sont administrés dans un hôpital; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouplement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie là où elles existent.

Services de consultation externe: les mêmes services que ceux mentionnés ci-haut, ainsi que les analyses nécessaires au diagnostic et au traitement des blessures, maladie ou invalidité, à l'exclusion des examens qui font partie de l'examen général en cabinet de médecin; les soins en chirurgie de jour.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: les services sont payés selon le taux du per diem de la province d'accueil. Services de consultation externe: les services sont payés au taux interprovincial normalisé.

À l'étranger: jusqu'à concurrence du tarif qui aurait été payé pour de tels services dans le Territoire.

Frais autorisés: aucun

NOTES:

- a) The benefits listed are: 1) those of the national health insurance programs; and 2) additional benefits which are either: (i) administered by the provincial health insurance plans or; (ii) are administered by another agency and generally fall within the pattern of benefits which are associated with public health insurance programs. However, not included are many other health services provided by provinces other than through the health insurance system or equivalent. These other programs may be: on a universal basis (e.g. public health services, mental health services, communicable disease control); on a regional basis within a province; on an age related basis, on a disease related basis, or on a needs basis.
- b) This summary is intended to provide a résumé of the provincial health insurance plans for each fiscal year. This particular summary states changes which occurred from January 1, 1983 to March 31, 1984. A few subsequent selected changes which occurred during the fiscal year and which have substantially altered plan benefits, or charges to beneficiaries, have also been noted. However, other changes such as scheduled increments in authorized charges have not been recorded in the body of the summary. Substantive changes which occurred following the close of the fiscal year, and certain charges current at the time of printing, are contained in the addendum.
- c) These benefits are insured services as defined in the Medical Care Act (Canada), and are provided in accordance with conditions contained in the Act. (Benefits provided by a provincial plan which exceed the requirements of the Act are listed under "Additional benefits".) All provincial medical care insurance plans are required to provide portability of coverage for the insured services of the Medical Care Program for their insured residents outside Canada. However, this requirement does not preclude a provincial plan from requiring that a resident seek prior approval from the plan before elective, non-emergency care is obtained out-of-province.
- d) These additional benefits are provided generally on a limited basis and are not normally portable. While, strictly speaking, the federal government is not contributing under federal health insurance legislation towards the costs of these additional benefits, the provinces have

NOTES:

- a) Les services assurés mentionnés sont: 1) ceux des programmes d'assurance-santé nationaux, et 2) les services complémentaires assurés administrés soit (i) par les régimes d'assurance-santé provinciaux, soit (ii) par un autre organisme, et qui correspondent généralement aux services assurés associés aux régimes d'assurance-santé publics. Cependant, ne sont pas compris de nombreux autres services fournis par les provinces par un autre moyen que le régime d'assurance-santé ou l'équivalent. Ces autres programmes peuvent être: sur une échelle universelle (par exemple, les services d'hygiène publique, les services de santé mentale, la lutte contre les maladies transmissibles); au niveau régional au sein d'une province; selon l'âge, la maladie, les besoins.
- b) Ce résumé vise à donner un aperçu des régimes d'assurance-santé provinciaux en vigueur pour chaque année financière. Ce présent sommaire couvre la période du 1er janvier 1983 au 31 mars 1984. Quelques changements particuliers apportés après cette date, pendant l'année financière, et qui ont eu pour effet de modifier substantiellement les services assurés en vertu du régime, ou les frais à assumer par les bénéficiaires, ont également été indiqués. Toutefois, d'autres changements tels que les augmentations prévues des tarifs autorisés n'ont pas été inclus dans le corps du résumé. Des changements importants survenus après la fin de l'année financière et certains frais en vigueur au moment d'aller sous presse se retrouvent dans l'annexe.
- c) Ces services assurés sont offerts conformément aux dispositions de la Loi sur les soins médicaux (Canada) et aux conditions afférentes. (Des services additionnels dépassant les dispositions de la loi sont offerts par les différents régimes provinciaux. Ils sont décrits sous le titre "Services complémentaires assurés".) Tous les régimes provinciaux d'assurance médicale doivent offrir à leurs résidents assurés une transférabilité de couverture à l'étranger pour les services assurés du Programme de soins médicaux. Cette exigence n'empêche cependant pas un régime provincial de demander à un résident d'obtenir préalablement l'approbation du régime avant que des soins facultatifs, non urgents, soient prodigués hors de la province.
- d) Ces bénéfices complémentaires sont généralement offerts avec certaines restrictions, et ne sont pas habituellement transférables. Bien que, strictement parlant, le gouvernement fédéral ne partage pas les coûts de ces bénéfices complémentaires en vertu de la législation fédérale sur l'assurance-santé,

considerable latitude in allocating all federal contributions for health care services. These include the contributions under the Hospital Insurance and Medical Care Programs, as well as those under the Extended Health Care Services Program in respect of the cost of certain health services such as nursing home and adult residential care, home care (health aspects) and ambulatory health care services. The latter contribution is not subject to the program conditions applicable to hospital and medical care insurance. Consequently, the provinces have total flexibility in the use they make of this particular contribution, as long as information required by the federal Minister is provided. For specific details, information may be obtained from the provincial plan.

les provinces jouissent d'une latitude considérable dans la répartition de toutes les contributions fédérales pour les services de santé; celles-ci comprennent les contributions en vertu des régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux, ainsi que les contributions en vertu du Programme de services complémentaires de santé, relativement au coût de certains services de santé tels que les soins en maison de repos et les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile (les services de santé) et les soins ambulatoires. Cette dernière contribution n'est pas assujettie aux conditions qui s'appliquent aux régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux. En conséquence, les provinces sont libres d'utiliser cette contribution comme elles le veulent, en autant que l'information demandée par le ministre fédéral lui est fournie. Pour plus de précisions, s'adresser au régime provincial en question.

- e) These benefits are provided in accordance with the terms and conditions of the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act (Canada).
- f) Regular premiums only are listed. Reduced premiums and/or premium exemptions are available to residents on limited incomes. The provisions for assistance vary from province to province.
- g) Rates are for combined medical care and hospital insurance coverage. Premium exemption if member of premium unit is 65 years or more and resided for at least the previous 12 months in province.
- h) Premium exemption for basic (and for optional) coverage if member is 65 years or more, including his spouse and dependants and those in receipt of the Alberta Widows Pension, aged 55 to 64 years. Eligibility for hospital insurance depends on medical care insurance status.
- i) A special fund for financing the Quebec Health Insurance Plan comprises employers' contributions amounting to 3.0% of employees' salaries and payments made by the Minister of Finance out of the provincial consolidated revenue fund, according to the requirements of the Quebec Health Insurance Board.
- j) In this province, the services of osteopaths are eligible as insured services under the Medical Care Act (Canada) on the same basis as the services of medical practitioners.
- e) Ces services assurés sont offerts conformément à la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques (Canada).
- f) Seules les primes régulières sont inscrites. Les primes réduites et les exemptions de primes sont offertes aux résidents à revenu limité. Les dispositions en ce sens varient d'une province à l'autre.
- g) Les taux s'appliquent aux Programmes de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation combinés. Il y a exemption de la prime si la personne a 65 ans ou plus et est résidente de la province depuis au moins les 12 derniers mois.
- h) Il y a exemption de la prime pour l'assurance de base (et l'assurance facultative) si le résident a 65 ans ou plus, y compris son conjoint et les personnes à sa charge et les veufs/veuves recevant la pension des veufs de l'Alberta (Alberta Widows Pension) de 55 à 64 ans. Le droit à l'assurance-hospitalisation dépend de la situation par rapport au Régime de soins médicaux.
- i) La Régie de l'assurance-maladie du Québec est financée par le Fonds des services de santé créé au ministère des Finances et alimenté par la contribution des employeurs (3,0% du salaire versé à un employé) à laquelle s'ajoutent des sommes versées par le ministre des Finances à même le fonds consolidé du revenu et selon les besoins de la Régie.
- j) Dans cette province, les services des ostéopathes peuvent être considérés comme étant des services assurés en vertu de la Loi fédérale sur les soins médicaux au même titre que les services des médecins.

ADDENDUM

Current Authorized Charges, Premiums, and Additional Benefits

This addendum lists current authorized charges and premiums at time of printing, as well as recent changes in additional benefits. Provinces not mentioned in the addendum either have a) no such charges or b) have not had a change in authorized charges, premiums or additional benefits since the March 31, 1984 date of the summary.

Newfoundland: Authorized charges: New rate structure was established for persons in hospital awaiting nursing home placement. Since April 1, 1984, 75% of monthly amount charged to nursing home residents is also charged to medically discharged patients awaiting placement. Increased to \$1,450/month, April 1, 1985, and \$1,510/month April 1, 1986. Administrative Change: Effective November 1, 1985, The Medical Care Commission assumed the responsibility to administer the Dental Health Plan, formerly known as the Children's Dental Health Program.

Nova Scotia: Additional Benefits: The Children's Dental Plan is now available to all eligible children until the last day of the month in which they become 16 years of age.

New Brunswick: Authorized charges: Effective March 27, 1984, persons receiving out-patient rehabilitation services/occupational, speech and physiotherapy, are also exempt. Quarterly increases re nursing home placement to \$16.59 January 1, 1985; \$16.78 April 1, 1985 \$17.04 July 1, 1985; \$17.04 October 1, 1985; and \$17.41 January 1, 1986.

Additional Benefits: The Vision Program: effective October 1985, all children up to age 16 are entitled to one major examination every two years and for children up to age 18, with a previously diagnosed vision problem requiring a lens prescription, are entitled to one major examination within each 12-month period.

Quebec: Authorized charges: Increased to \$15.27/day effective August 30, 1985 and to \$15.90/day effective January 1, 1986.

Ontario: Authorized charges: Quarterly increases to \$18.75/day February 1, 1985; \$18.94/day May 1, 1985; \$19.20/day August 1, 1985; \$19.40 November 1, 1985; \$19.57/day February 1, 1986.

ANNEXE

Frais autorisés, primes en vigueur et services complémentaires assurés

On trouvera dans cette annexe une liste des frais autorisés et des primes exigées au moment d'aller sous presse ainsi que des changements récents aux services assurés complémentaires. Les provinces non mentionnées dans cette annexe a) n'exigent pas de tels frais; ou b) n'ont pas modifié les frais autorisés, les primes ou les services complémentaires assurés depuis le 31 mars 1984, date à laquelle a été rédigé le résumé.

Terre-Neuve: Frais autorisés: un nouveau système de facturation a été mis en oeuvre dans les hôpitaux pour les personnes qui attendent d'être placées dans une maison de santé. Depuis le 1er avril 1984, 75% des frais mensuels facturés aux résidents des maisons de repos sont aussi imputés aux patients qui attendent d'être placés après avoir obtenu leur congé de médecin. Frais portés à 1450 \$ par mois le 1er avril 1985 et à 1510 \$ par mois le 1er avril 1986. Changement administratif: depuis le 1er novembre 1985, le régime de soins dentaires, auparavant connu sous le nom de programme de soins dentaires à l'intention des enfants, est devenu la responsabilité de la Commission.

Nouvelle-Écosse: Services complémentaires assurés: le Régime d'assurance-dentaire pour enfants est maintenant disponible à tous les enfants admissibles jusqu'au dernier jour du mois où ils ont atteints l'âge de 16 ans.

Nouveau-Brunswick: Frais autorisés: depuis le 27 mars 1984, les personnes recevant des services externes de réhabilitation/ergothérapie, de rééducation du langage et de physiothérapie sont aussi exemptées. Augmentations trimestrielles en ce qui a trait au placement dans une maison de santé portant les frais à 16,59 \$ le 1er janvier 1985; à 16,78 \$ le 1er avril 1985; à 17,04 \$ le 1er juillet 1985; à 17,04 \$ le 1er octobre 1985; et à 17,41 \$ le 1er janvier 1986.

Services complémentaires assurés: depuis octobre 1985, les enfants de moins de 16 ans peuvent recevoir, dans une période de 24 mois, un examen majeur. Les enfants de moins de 18 ans qui ont été diagnostiqués comme ayant des problèmes de la vue, peuvent recevoir, dans une période de 12 mois, un examen majeur.

Québec: Frais autorisés: portés à 15,27 \$ par jour le 30 août 1985 et à 15,90 \$ par jour le 1er janvier 1986.

Ontario: Frais autorisés: augmentations trimestrielles portant les frais à 18,75 \$ par jour le 1er février 1985; à 18,94 \$ par jour le 1er mai 1985; à 19,20 \$ le 1er août 1985; à 19,40 \$ le 1er novembre 1985; à 19,57 \$ le 1er février 1986.

Premiums: Rates increased effective August 1, 1984 to \$29.75 single and \$59.50 family.

Additional Benefits: The Ministry of Health introduced the cleft lip and palate program on January 1, 1986 that will pay 75% of the cost of dentistry for children up to the age of 21. Effective January 1, 1986, the Assistive devices program will also cover disabled adults 19 to 21 years of age.

Manitoba: Authorized charges: Quarterly indexing reinstated commencing with \$13.45 May 1, 1984; \$13.90 August 1, 1984; \$14.35 November 1, 1984; \$14.80 February 1, 1985; \$15.25 May 1, 1985; \$15.75 August 1, 1985; \$16.15 November 1, 1985; and \$16.60 February 1, 1986.

Additional Benefits: Since January 1, 1985, the Pharmacare program has a \$50 deductible for applicants 65 years of age and over and their families and a \$100 deductible for applicants 64 years of age and younger. The program will pay 80% of the costs of eligible prescription drugs in excess of the deductible.

Saskatchewan: Authorized charges: Monthly charge for long-term care services increased to \$489.00 as of February 1, 1986.

Alberta: Hospital Insurance - Out-of-province benefits: Outside Canada: In-patient: As of April 1, 1985, emergency and elective care services are paid according to a 3-tier payment policy. Depending on the bed capacity and type of facility, per diem rates may be \$280, \$365 or \$570. Out-patient: As of April 1, 1985, for emergency and elective care services, payments are based on Alberta rates for the same services.

Authorized charges: Daily charges for auxiliary hospitals increased to \$10.00 effective September 1985.

British Columbia: Authorized charges: Increased to \$15.50/day for adults in extended care hospitals; \$10.00 per visit emergency (a \$25.00 charge is levied for non-emergency use of emergency departments) or minor surgical out-patient treatment; and \$8.50 visit for day care surgical services.

Primes: le tarif des primes mensuelles est passé à compter du 1^{er} août 1984 à 29,75 \$ pour une personne seule et à 59,50 \$ pour une famille.

Services complémentaires assurés: le Programme de bec de lièvre et fissures palatines, offert par le ministère de la Santé depuis le 1^{er} janvier 1986, paie 75 p. 100 des frais dentaires pour les enfants jusqu'à l'âge de 21 ans. Depuis le 1^{er} janvier 1986, les personnes atteintes d'une incapacité fonctionnelle, de 19 à 21 ans, peuvent bénéficier du programme.

Manitoba: Frais autorisés: l'indexation trimestrielle a été rétablie commençant à 13,45 \$ le 1^{er} mai 1984; à 13,90 \$ le 1^{er} août 1984; à 14,35 \$ le 1^{er} novembre 1984; à 14,80 \$ le 1^{er} février 1985; à 15,25 \$ le 1^{er} mai 1985; à 15,75 \$ le 1^{er} août 1985; à 16,15 \$ le 1^{er} novembre 1985; et à 16,60 \$ le 1^{er} février 1986.

Services complémentaires assurés: depuis le 1^{er} janvier 1985, le régime Pharmacare exige des personnes de 65 ans et plus et leurs familles une franchise de 50 \$ tandis que pour les personnes de 64 ans et moins, celle-ci est de 100 \$. Le régime prend en charge 80% des coûts des médicaments admissibles au-delà de la franchise.

Saskatchewan: Frais autorisés: les frais mensuels pour les services de soins prolongés sont passés à 489 \$ à compter du 1^{er} février 1986.

Alberta: Assurance-hospitalisation - Services assurés hors de la province: A l'étranger: services dispensés aux malades hospitalisés: depuis le 1^{er} avril 1985, les soins urgents ou facultatifs sont payés selon une politique de paiement basée sur trois échelons. Dépendant de la capacité de lits et du type d'établissement, le taux per diem peut varier, soit de 280 \$, 365 \$ ou de 570 \$. Services de consultation externe: depuis le 1^{er} avril 1985, les paiements sont fondés sur le tarif de l'Alberta pour le même service que pour des soins urgents ou facultatifs.

Frais autorisés: à partir de septembre 1985, les frais quotidiens pour les hôpitaux auxiliaires ont été portés à 10 \$.

Colombie-Britannique: Frais autorisés: portés à 15,50 \$ par jour pour les adultes dans les hôpitaux de soins prolongés; 10 \$ pour tout service d'urgence (des frais de 25 \$ sont imposés à l'emploi non urgent des départements d'urgence) ou soins en chirurgie mineure en service de consultation externe et 8,50 \$ pour les services de chirurgie de jour.

Premiums: Rates increased effective April 1, 1985 to \$17.00 single; \$32.00 family of two; \$36.00 family of three or more; and will increase effective April 1, 1986 to \$18.00 single; \$34.00 family of two; and \$38.00 family of three or more.

Additional Benefits: The Pharmacare program now has a \$200.00 deductible plus 20% co-payment.

Northwest Territories: Authorized charges: Effective November 1, 1985, daily charges for nursing home care (level 3) and chronic care (level IV):

under 16 years: at \$10.00 based on the parent's financial ability to pay;

between 16 and 18 years: at \$10.00 - \$19.00 based on a sliding scale of financial ability to pay;

between 19 and 64 years: no co-payment will apply except where the patient has a pension or disability income. If the patient has such an income then the per diem rate established for those 65 years and over will apply;

65 years and over: co-payment determined by taking the monthly pension times 12 months divided by 365 days. Exemption: financial inability to pay.

Yukon: Premiums: Effective April 1, 1984, \$20.00 - single; \$27.50 - family.

Primes: à compter du 1^{er} avril 1985, le tarif a été porté à 17 \$ pour une personne seule, à 32 \$ pour deux personnes et à 36 \$ pour une famille de trois personnes ou plus. Le tarif des primes passera le 1^{er} avril 1986 à 18 \$ pour une personne seule, à 34 \$ pour deux personnes et à 38 \$ pour une famille de trois personnes ou plus.

Services complémentaires assurés: les frais modérateurs du programme assurance-médicaments (Pharmacare) sont passés à 200 \$ déductibles plus copaiement de 20%.

Territoires du Nord-Ouest: Frais autorisés: à compter du 1^{er} novembre 1985, les frais quotidiens aux résidents des maisons de repos (niveau 3) et des soins chroniques (niveau IV):

moins de 16 ans: 10 \$ sous réserve de la capacité des parents à payer;

entre 16 et 18 ans: 10 \$ - 19 \$ basé sur une échelle mobile de la capacité de payer;

entre 19 et 64 ans: aucun paiement de participation excepté lorsque le patient reçoit une pension ou un revenu d'invalidité; en ce cas, le tarif journalier est le même que pour les personnes de 65 ans ou plus;

65 ans ou plus: les paiements de participation sont calculés en prenant la pension mensuelle multipliée par 12 et divisée par 365 jours (sous réserve de la capacité de payer).

Yukon: Primes: le tarif des primes mensuelles est passé le 1^{er} avril 1984 à 20 \$ pour une personne seule et à 27,50 \$ pour une famille.

Plan Addresses**Newfoundland**

Medical Care

Newfoundland Medical Care Commission,
Elizabeth Towers,
Box 200, Station "A",
St. John's, Newfoundland.
A1C 5J3

Hospital Insurance

Hospital Services Division,
Department of Health,
Confederation Building,
P.O. Box 4750,
St. John's, Newfoundland.
A1C 5T7

Prince Edward Island

Medical Care

Health Services Commission,
P.O. Box 4500,
Charlottetown, Prince Edward Island.
C1A 7P4

Hospital Insurance

Hospital Services Commission,
P.O. Box 4500,
Charlottetown, Prince Edward Island.
C1A 7P4

Nova Scotia

Medical Care

Health Services and Insurance Commission,
Joseph Howe Building,
Corner Prince and Hollis Streets,
P.O. Box 760,
Halifax, Nova Scotia.
B3J 2V2

Hospital Insurance

Department of Health,
Joseph Howe Building,
Corner Prince and Hollis Streets,
P.O. Box 488,
Halifax, Nova Scotia.
B3J 2R8

New Brunswick

Medical Care

Department of Health,
Medicare,
P.O. Box 5100,
Fredericton, New Brunswick.
E3B 5G8

Adresses des Régimes**Terre-Neuve**

Soins médicaux

Newfoundland Medical Care Commission
Elizabeth Towers
C.P. 200, Succursale A
St. John's (Terre-Neuve)
A1C 5J3

Assurance-hospitalisation

Hospital Services Division
Department of Health
Confederation Building
C.P. 4750
St. John's (Terre-Neuve)
A1C 5T7

Ile-du-Prince-Édouard

Soins médicaux

Health Services Commission
C.P. 4500
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 7P4

Assurance-hospitalisation

Hospital Services Commission
C.P. 4500
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 7P4

Nouvelle-Écosse

Soins médicaux

Health Services and Insurance Commission
Joseph Howe Building
Angle des rues Prince et Hollis
C.P. 760
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3J 2V2

Assurance-hospitalisation

Ministère de la Santé
Joseph Howe Building
Angle des rues Prince et Hollis
C.P. 488
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3J 2R8

Nouveau-Brunswick

Soins médicaux

Ministère de la Santé
Assurance-santé
C.P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8

Hospital Insurance

Department of Health,
Insured Services Division,
P.O. Box 6000,
Fredericton, New Brunswick.
E3B 5H1

Quebec

Medical Care

Quebec Health Insurance Board,
P.O. Box 6600,
Quebec, Quebec.
G1K 7T3

Hospital Insurance

Department of Health and Social Services,
Joffre Building,
1075 chemin Ste-Foy,
Quebec, Quebec.
G1A 1B9

Ontario

Ontario Health Insurance Plan (Medical Care and Hospital Insurance)

HEAD OFFICE
General Manager,
Ontario Health Insurance Plan,
MacDonald-Cartier Building,
49 Place d'Armes
P.O. Box 48,
Kingston, Ontario.
K7L 5J3

HAMILTON	KINGSTON
119 King Street W.,	1055 Princess Street,
Hamilton, Ontario.	P.O. Box 9000,
L8P 4T9	Kingston, Ontario.
	K7L 5J3

LONDON	MISSISSAUGA
227 Queen's Avenue,	201 City Centre Drive,
London, Ontario.	P.O. Box 7020,
N6A 1J8	Station "A",
	Mississauga, Ontario.
	L5B 2T4

OSHAWA	OTTAWA
Executive Tower,	75 Albert Street,
Oshawa Centre,	Ottawa, Ontario.
419 King Street W.,	K1P 5Y9
Oshawa, Ontario.	
L1J 7T2	

SUDBURY	THUNDER BAY
199 Larch Street,	435 James Street S.,
8th Floor,	Thunder Bay, Ontario.
Sudbury, Ontario.	P7E 6E3
P3E 5R1	

Assurance-hospitalisation

Ministère de la Santé
Division des services assurés
C.P. 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5H1

Québec

Soins médicaux

Régie de l'assurance-maladie du Québec
C.P. 6600
Québec (Québec)
G1K 7T3

Assurance-hospitalisation

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Édifice Joffre
1075, chemin Ste-Foy
Québec (Québec)
G1A 1B9

Ontario

Régime d'assurance-maladie de l'Ontario (les soins médicaux et l'assurance-hospitalisation)

SIÈGE SOCIAL
Gérant général
Régime d'assurance-maladie de l'Ontario
MacDonald-Cartier Building
49 Place d'Armes
C.P. 48
Kingston (Ontario)
K7L 5J3

HAMILTON	KINGSTON
119, rue King ouest	1055, rue Princess
Hamilton (Ontario)	C.P. 9000
L8P 4T9	Kingston (Ontario)
	K7L 5J3

LONDON	MISSISSAUGA
227, avenue Queen's	201, promenade City
London (Ontario)	Centre
N6A 1J8	C.P. 7020
	Terminus "A"
	Mississauga (Ontario)
	L5B 2T4

OSHAWA	OTTAWA
Executive Tower	75, rue Albert
Oshawa Centre	Ottawa (Ontario)
419, rue King ouest	K1P 5Y9
Oshawa (Ontario)	
L1J 7T2	

SUDBURY	THUNDER BAY
199, rue Larch	435, rue James sud
8e étage	Thunder Bay (Ontario)
Sudbury (Ontario)	P7E 6E3
P3E 5R1	

TORONTO
2195 Yonge Street,
(Near Eglinton),
P.O. Box 1700,
Terminal "A"
Toronto, Ontario.
M4S 2B2

The above district offices undertake registration and claims processing. Information offices are also located at Barrie, Kenora, Kitchener, Peterborough, St. Catharines, Sault Ste Marie, Sarnia, Timmins and Windsor.

Manitoba

Medical Care

Manitoba Health Services Commission,
P.O. Box 925,
599 Empress Street,
Winnipeg, Manitoba.
R3C 2T6

Hospital Insurance

Manitoba Health Services Commission,
P.O. Box 925,
599 Empress Street,
Winnipeg, Manitoba.
R3C 2T6

Saskatchewan

Medical Care

Saskatchewan Medical Care Insurance
Commission,
T.C. Douglas Building,
3475 Albert Street,
Regina, Saskatchewan.
S4S 6X6

Hospital Insurance

Saskatchewan Hospital Services Plan,
T.C. Douglas Building,
3475 Albert Street,
Regina, Saskatchewan.
S4S 6X6

Alberta

Medical Care

Department of Hospitals and Medical Care,
Alberta Health Care Insurance Plan,
P.O. Box 1360,
118th Avenue and Groat Road,
Edmonton, Alberta.
T5J 2N3

TORONTO
2195, rue Yonge
(près d'Eglinton)
C.P. 1700
Terminus "A"
Toronto (Ontario)
M4S 2B2

Les bureaux régionaux ci-dessus se chargent de l'inscription et du traitement des demandes de réclamation. Il existe également des bureaux d'information à Barrie, à Kenora, à Kitchener, à Peterborough, à St. Catharines, à Sarnia, à Sault-Ste-Marie, à Timmins et à Windsor.

Manitoba

Soins médicaux

Manitoba Health Services Commission
C.P. 925
599, rue Empress
Winnipeg (Manitoba)
R3C 2T6

Assurance-hospitalisation

Manitoba Health Services Commission
C.P. 925
599, rue Empress
Winnipeg (Manitoba)
R3C 2T6

Saskatchewan

Soins médicaux

Saskatchewan Medical Care Insurance
Commission
T.C. Douglas Building
3475, rue Albert
Regina (Saskatchewan)
S4S 6X6

Assurance-hospitalisation

Saskatchewan Hospital Services Plan
T.C. Douglas Building
3475, rue Albert
Regina (Saskatchewan)
S4S 6X6

Alberta

Soins médicaux

Department of Hospitals and Medical Care
Alberta Health Care Insurance Plan
C.P. 1360
118^e Avenue et chemin Groat
Edmonton (Alberta)
T5J 2N3

Department of Hospitals and Medical Care,
Alberta Health Care Insurance Plan,
2nd Floor,
Crown Trust Building,
407 - 8th Avenue S.W.,
Calgary, Alberta.
T2P 1E5

Hospital Insurance

Department of Hospitals and Medical Care,
P.O. Box 2222,
11010 - 101st Street,
Edmonton, Alberta.
T5J 2P4

British Columbia

Medical Care

Medical Services Commission,
1515 Blanshard Street,
P.O. Box 1600,
Victoria, British Columbia.
V8W 2X9

Insurance contract may be obtained from the
Medical Services Plan of British Columbia at
the above address.

Hospital Insurance

Hospital Programs,
Ministry of Health,
Parliament Buildings,
Victoria, British Columbia.
V8W 3C8

Northwest Territories

Medical Care

N.W.T. Health Care Plan,
Government of the N.W.T.,
Precambrian Building,
Yellowknife, N.W.T.
X1A 2L9

Hospital Insurance

N.W.T. Health Care Plan,
Government of the N.W.T.,
Precambrian Building,
Yellowknife, N.W.T.
X1A 2L9

Department of Hospitals and Medical Care
Alberta Health Care Insurance Plan
2^e étage
Édifice Crown Trust
407, 8^e Avenue sud-ouest
Calgary (Alberta)
T2P 1E5

Assurance-hospitalisation

Department of Hospitals and Medical Care
C.P. 2222
11010 - 101^e, rue
Edmonton (Alberta)
T5J 2P4

Colombie-Britannique

Soins médicaux

Medical Services Commission
1515, rue Blanshard
C.P. 1600
Victoria (Colombie-Britannique)
V8W 2X9

Pour obtenir un contrat d'assurance,
s'adresser au Medical Services Plan of
British Columbia à l'adresse mentionnée
ci-haut.

Assurance-hospitalisation

Hospital Programs
Ministry of Health
Parliament Buildings
Victoria (Colombie-Britannique)
V8W 3C8

Territoires du Nord-Ouest

Soins médicaux

N.W.T. Health Care Plan
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Precambrian Building
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9

Assurance-hospitalisation

N.W.T. Health Care Plan
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Precambrian Building
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9

Yukon

Medical Care

Yukon Health Care Insurance Plan,
P.O. Box 2703,
Whitehorse, Yukon.
Y1A 2C6

Hospital Insurance

Yukon Health Care Insurance Services,
P.O. Box 2703,
Whitehorse, Yukon.
Y1A 2C6

Yukon

Soins médicaux

Yukon Health Care Insurance Plan
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon)
Y1A 2C6

Assurance-hospitalisation

Yukon Health Care Insurance Services
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon)
Y1A 2C6

6217 002

